



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



JANAÍNA PAULA CALHEIROS PEREIRA SOBRAL

**FORMAÇÃO PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE
DISCENTES DE ENFERMAGEM**

MACEIÓ
2018



JANAÍNA PAULA CALHEIROS PEREIRA SOBRAL



**FORMAÇÃO PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE
DISCENTES DE ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da vida e no cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Célia Alves Rozendo

MACEIÓ
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

S677f Sobral, Janaína Paula Calheiros Pereira.
Formação para atuar na atenção básica: percepção de discentes de
enfermagem / Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral. – 2018.
136 f.

Orientadora: Célia Alves Rozendo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 114-129.
Apêndices: 130-133.

1. Educação em enfermagem. 2. Capacitação de recursos humanos em saúde.
3. Estudantes de enfermagem. 4. Atenção primária à saúde. 5. Sistema Único de
Saúde (Brasil). I. Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

JANAÍNA PAULA CALHEIROS PEREIRA SOBRAL

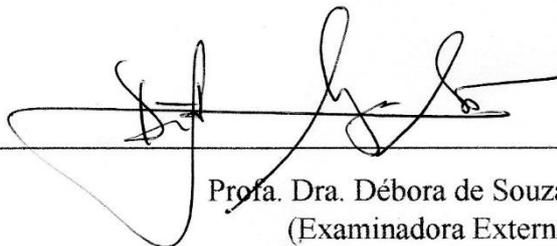
**FORMAÇÃO PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DE
DISCENTES DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao corpo docente do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Alagoas e aprovada
em 05 de 10 de 2018.



Profa. Dra. Célia Alves Rozendo – UFAL/Campus Maceió (Orientadora)

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Débora de Souza Santos
(Examinadora Externa)



Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa
(Examinadora Interna)

À Deus, meu tudo!

À minha querida e amada mainha, Hélia, exemplo de mãe e mulher, pelo constante apoio e
orações sem fim.

Ao meu esposo, Júlio, que abdicou tanto por mim, que me amou e me entendeu em tudo e em
todos os momentos, amo-te muito.

À minha pequena Júlia, como eu te amo...perdoe-me a ausência filha, mas quando eu pensava
em desistir, era em você que eu encontrava forças para prosseguir.

AGRADECIMENTOS

À Deus, toda a honra, toda a glória e todo o louvor. Grata a ti meu Deus, por me capacitar e me dá forças todos os dias, por tanto fazer sem eu nada merecer.

Ao meu bem maior, minha Família, principalmente a minha inigualável mainha, ao meu maravilhoso esposo e a minha linda e amada filhinha. À minha querida sogra Marluce, pelas muitas palavras de apoio e incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

À Profa. Dra. Célia Alves Rozendo, por ser mais que orientadora, ser amiga, pelas palavras de incentivo, pela escuta em momentos difíceis e por enxergar, em mim, a capacidade que muitas vezes nem mesmo eu, conseguia ver. Conseguimos!

À Banca Examinadora, Profa. Dra. Débora de Souza Santos e Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa, pela disponibilidade e ricas contribuições.

Aos participantes desta pesquisa, por compartilhar as vivências e contribuir com a reflexão sobre a formação do enfermeiro. Sem vocês essa pesquisa não existiria.

Às amigas do grupo de pesquisa Priscila, Fátima, Janyne, Linda, Danielly e Regina pelo apoio e palavras de incentivo.

Às amadas amigas Glauciene, Celine, Atilane, Flávia, Eluzai e Viviane, pelo força e constantes orações.

À minha Turma de Mestrado (2016-2018), autodenominada “Turma Dasein”, pelo incentivo e momentos de cumplicidade, incertezas e risadas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

A todos que me apoiaram direta ou indiretamente, sou muito grata!

Mais uma etapa da minha vida chegou ao fim e o que será que está por vir?
Enquanto a próxima etapa não chega, vamos nos divertir e nos curtir bastante, minha linda
família!

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Paulo Freire.

RESUMO

Este estudo tem como objeto a percepção de discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na Atenção Básica e como objetivos: analisar a percepção de discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na Atenção Básica e investigar as potencialidades e fragilidades na formação de discentes de enfermagem para atuar na Atenção Básica. Trata-se de pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 14 discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada no período de agosto a setembro de 2017, utilizando-se um roteiro que continha dados de caracterização e questões disparadoras. Analisou-se os depoimentos por meio da técnica análise de conteúdo na modalidade análise temática, sendo ancorada na Pedagogia Crítica de Paulo Freire, nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem e na literatura pertinente. A partir da análise emergiram três temas: 1. Formação para atuar na Atenção Básica: o olhar dos discentes; 2. Fragilidades e potencialidades da formação para atuar na Atenção Básica; e 3. Estágio Curricular Supervisionado como componente essencial da formação para atuar na Atenção Básica. Os resultados mostraram que os discentes pesquisados apresentaram percepções contraditórias. Para alguns a formação tem foco na Atenção Básica e para outros tem traços de uma lógica hospitalocêntrica. Enxergaram potencialidades como o conteúdo teórico, as iniciativas inovadoras a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e como principal, o Estágio Curricular Supervisionado. Todavia, foram identificadas fragilidades tais como: 1. Desequilíbrio na relação teoria e prática, com a necessidade de ofertar mais atividades práticas, perfazendo toda a graduação; 2. Necessidade de maior aproximação com a realidade da Atenção Básica; 3. Fragmentação no ensino-aprendizagem, com necessidade de abordar, de forma teórica e prática, assuntos específicos voltados para esse contexto. Os resultados obtidos demonstram as necessidades de aumentar a oferta de atividades de extensão com foco na Atenção Básica, (re)discutir a estrutura curricular e refletir sobre uma (re)adequação, objetivando superar as fragilidades pontuadas pelos discentes e ainda considerar um equilíbrio entre a oferta de oportunidades de aprendizagem no âmbito hospitalar e da Atenção Básica. As contribuições estão em fomentar discussões em busca de melhorias nos currículos para a formação crítica de enfermeiros com foco na AB e estimular a realização de outras pesquisas que considerem o olhar do discente, bem como de outros atores envolvidos no processo de formação como docentes, supervisores, de instituições de ensino superior, públicas e privadas, e enfermeiros preceptores.

Palavras-chave: Educação em enfermagem. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Estudantes de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to perception of nursing students about their training to act in Primary Care and as objectives: analyze the perception of nursing students about their training to act in Primary Care and investigate the potentialities and weaknesses in the training of these students. This is a descriptive research with a qualitative approach, conducted with 14 nursing students from a public higher education institution. Data were produced through a semistructured interview between August and September 2017, using a script that contained characterization data and triggering questions. The statements were analyzed through the technique of content analysis in the thematic analysis modality, being anchored in the Critical Pedagogy of Paulo Freire, in National Curricular Guidelines of undergraduate courses in nursing and relevant literature. From the analysis emerged three themes: 1. Training to act in Basic Attention: the students' gaze; 2. Fragility and potential of training to act in Primary Care; and 3. Supervised Curricular Internship as an essential component of training to act in Primary Care. The results demonstrated that students studied presented contradictory perceptions. For some, the training focuses on Primary Care and for others it has traces of a hospital-centric logic. They saw potentialities such as theoretical content, innovative initiatives such as the Education for Work Program for Health and, as main, the Supervised Curricular Internship. However, it was identified as weaknesses: 1. Imbalance in the relation theory and practice, with the need to offer more practical activities, pertaining to entire graduation; 2. Need for greater approximation with reality of Primary Care; 3. Fragmentation in teaching-learning, with the need to approach, in a theoretical and practical way, specific subjects focused on this context. The results obtained demonstrate the need to increase the offer of activities extension focused on Primary Care, (re)discuss curricular structure and reflect on a (re)adequacy, aiming to overcome the fragilities punctuated by the students and still consider a balance between the offer of learning opportunities in the hospital and Basic Attention. The contributions are to foment discussions in search of improvements in the curricula for the critical training of nurses with a focus on AB and to encourage the performance of other research that considers the student's view, as well as other actors involved in the training process as teachers, supervisors of public and private higher education institutions, and preceptor nurses.

Keywords: Nursing education. Health Human Resource Training. Students, Nursing. Primary Health Care. Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas e subtemas sobre a percepção dos discentes de enfermagem acerca da sua formação para atuar na Atenção Básica. Maceió, Alagoas, 2018.....	58
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Câmara de Educação Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
EPEE	Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery

ANED	Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas
ABED	Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
PNE	Plano Nacional da Educação
PROMED	Programa de Incentivo de Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
EaD	Educação à Distância

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2 OBJETIVOS	21
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	22
3.1 A trajetória do Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil.....	22
3.2 A Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde	34
3.3 A Formação crítica do Enfermeiro para o Sistema Único de Saúde e para a Atenção Básica	45
4 METODOLOGIA	53
4.1 Tipo de estudo	53
4.2 Cenário	53
4.3 Participantes da pesquisa	54
4.4 Produção de Informações	55
4.5 Instrumento de produção de informações.....	56
4.6 Análise das Informações.....	56
4.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
Tema 1: Formação para atuar na Atenção Básica: o olhar dos discentes	58
Tema 2: Fragilidades e potencialidades da formação para atuar na Atenção Básica	65
Subtema 1: (Des) articulação na relação teoria e prática.....	65
Subtema 2: Ações pontuais e distanciamento da realidade da Atenção Básica	74
Subtema 3: Fragmentação e lacunas no processo ensino-aprendizagem	77
Subtema 4: Conteúdo teórico e a aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica	81
Subtema 5: Iniciativas inovadoras de aprendizagem na Atenção Básica	84
Tema 3: Estágio Curricular Supervisionado como componente essencial da formação para atuar na Atenção Básica	90
Subtema 1: Contribuição para a preparação, desenvolvimento de segurança e aquisição de experiência.....	91
Subtema 2: Aproximação ao fazer do Enfermeiro	98
Subtema 3: Preceptoria e o desenvolvimento do processo de aprendizagem do estudante ...	105

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	130
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.).....	130
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada	133
ANEXOS	134
Anexo A – Termo de Autorização da Instituição Pesquisada	134
Anexo B – Parecer substanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).....	135

1 APRESENTAÇÃO

No ano de 2008, ingressei no curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública de Alagoas e a partir das vivências durante o curso, surgiram inquietações que possibilitou posteriormente, enquanto enfermeira, uma reflexão crítica acerca do processo de ensino-aprendizagem e da integração entre o ensino e os serviços de saúde onde estagiei como enfermeiranda, o que permitiu a concepção do objeto deste estudo.

Durante a graduação, com as disciplinas iniciais que abordavam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica (AB), emergiu a paixão por esta área e o interesse em participar de projetos de extensão relacionados com a AB, a exemplo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), no qual adquiri experiências enriquecedoras sobre o processo de trabalho e o fazer do Enfermeiro em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). As inquietações surgiram com a chegada do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) na AB, no qual vivenciei diariamente esse contexto e percebi lacunas em minha formação quanto a inexistência e/ou insuficiência de atividades práticas no decorrer do curso, o que dificultou aplicar os conhecimentos teóricos.

Ao concluir a graduação, com o desejo de aprofundar ainda mais os conhecimentos na área da AB, ingressei em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), que me oportunizou uma imersão na AB, especificamente em uma Unidade de Saúde da Família (USF), na qual foram ratificadas as lacunas e dificuldades sentidas na graduação.

Para conclusão da residência, realizei uma pesquisa intitulada “Integração Ensino, Serviço e Comunidade na perspectiva do trabalho interprofissional”, a qual concluiu que a inserção/atuação do residente no serviço da AB, especificamente na ESF possui diversos benefícios como: a promoção de ações intersetoriais, a produção de conhecimentos para os usuários acerca do SUS, as modificações no processo de trabalho, o aumento do nível de satisfação dos trabalhadores do serviço por permitir troca de conhecimentos e o vínculo entre o usuário e o serviço, bem como promove ajuda na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Por ter sido um estudo quantitativo e realizado com equipe multiprofissional, lacunas foram observadas no tocante à atuação do enfermeiro e sua formação relativa a AB. Então, com o ingresso no mestrado acadêmico, busquei pesquisar as lacunas acima mencionadas, especialmente sobre a formação do enfermeiro para atuar nesse nível de atenção.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto **a percepção de discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na AB.**¹

A despeito de muitos avanços obtidos no campo da saúde, ainda é possível observar grandes e persistentes lacunas e iniquidades dentro e entre os países, o que evidencia uma fragilidade coletiva na distribuição equitativa dos serviços de saúde. Observa-se, ainda, o surgimento de desafios contemporâneos para a saúde, com por exemplo os novos e crescentes riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, configurando rápidas transições demográficas e epidemiológicas e ameaçando a segurança sanitária global. Com isso, os sistemas de saúde do mundo buscam enfrentar esses desafios à medida que se tornam cada vez mais onerosos e complexos, o que leva a necessidade de melhorar a qualificação dos profissionais de saúde (FRENK et al., 2010). No entanto, segundo os autores anteriormente citados, a educação não vem conseguindo acompanhar esses desafios devido a estagnação, fragmentação e desatualização dos currículos que acabam por produzir profissionais despreparados para lidar com a complexa realidade em que serão inseridos.

Os problemas na formação profissional são sistêmicos, estando relacionados com a desarticulação entre as competências adquiridas e as necessidades da população, trabalho em equipe deficiente, que culmina em uma atuação isolada e até em competições intra e extra categorias, divisão desigual de gênero no status profissional, ênfase na técnica sem uma perspectiva ampliada; atendimentos/cuidados descontínuos, predomínio do direcionamento para o ambiente hospitalar em detrimento da AB, desigualdades quanti e qualitativas no mundo de trabalho e precariedade na liderança para melhorar o sistema de saúde (FRENK et al., 2010).

Assim, é necessário, oportuno e emergente redesenhar a formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento e solução dos problemas inerentes a complexa realidade global e local. No Brasil, essa preocupação está refletida na Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde para nortear a construção dos currículos e das atividades didático-pedagógicas; e apresenta pressupostos que consideram a inserção do estudante nas diversas realidades, tendo

¹ Neste estudo foi escolhido o termo AB, mais conhecido no Brasil e considerando que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece os termos AB e Atenção Primária à Saúde (APS) como equivalentes.

a AB como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2017a).

A realidade brasileira em muitos sentidos não é diferente da mundial. O país enfrentou e ainda enfrenta uma transição epidemiológica que se constitui por complexas transformações nos padrões de saúde e doença, sendo influenciadas por determinantes demográficos, econômicos e sociais, percebendo-se que ao longo dessa transição as causas de morte por doenças infecciosas passaram, gradativamente, a ser substituídas por doenças crônico-degenerativas e àquelas causadas pelo próprio homem (OMRAN, 2005; ARAÚJO, 2012).

Nesse contexto, percebe-se dois desafios importantes referentes ao processo de formulação das políticas públicas de saúde e aos profissionais que as executam, o primeiro é o enfrentamento das doenças e agravos como a dengue, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), as antigas e ainda persistentes endemias como a esquistossomose, a doença de Chagas, a hanseníase, a recente reemergência do sarampo e o alto risco de retorno da poliomielite, doenças consideradas erradicadas no país, e ainda as taxas de mortalidade, cujas causas ocupam os primeiros lugares, como é o caso das doenças cardiovasculares e neoplasias (ARAÚJO, 2012; MODELLI, 2018).

O segundo desafio é fazer cumprir o princípio da equidade entre as pessoas e entre as regiões, atendendo as demandas dos mais desfavorecidos nos âmbitos social e econômico, pois as desigualdades de morbimortalidade entre os grupos populacionais revelam a associação entre a pobreza e a doença, e a fragilidade do sistema público brasileiro quanto ao acesso a serviços de saúde efetivos, o que vai de encontro à constituição federal que garante o direito à saúde (ARAÚJO, 2012).

Diante desses desafios, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm uma grande responsabilidade enquanto formadoras de recursos humanos para a área da saúde, no tocante a oferta de um ensino teórico e prático adequado que proporcione a formação de profissionais, sobretudo de enfermeiros, que estejam preparados para atender as complexas demandas em um país com uma realidade/sociedade tão desigual, marcada pelas injustiças sociais que restringem o acesso a direitos básicos como educação, saúde, moradia, entre outros determinantes sociais da saúde. Ademais, essa preparação pode culminar na melhoria dos indicadores de saúde e mais, na minimização das iniquidades em saúde (WINTERS; DO PRADO; HEIDEMANN, 2016; SCHOTT, 2018).

Diante disso, Frenk et al. (2010) ressalta que há uma interação fundamental e complexa entre os sistemas de educação e de saúde, sendo a população a base e a condutora desses

sistemas, pois geram necessidades para esses sistemas, ou seja, demandas por serviços educacionais e de saúde. O sistema educacional provê o ensino-aprendizagem, respondendo aos requisitos do sistema de saúde, formando profissionais qualificados para atuar na área da saúde e capazes de implementar mudanças nos estabelecimentos de saúde. Portanto, as instituições educacionais são cruciais para transformar os sistemas de saúde, uma vez que por meio de pesquisas são produzidas evidências tanto sobre as fragilidades do sistema de saúde, quanto sobre propostas de como resolvê-las. Assim, “o equilíbrio entre os dois sistemas é crucial para a eficiência, eficácia e equidade” no atendimento as demandas ou necessidades da população (FRENK et al., 2010, p. 1928).

Dessa forma, refletir acerca da formação do profissional enfermeiro é considerar a sua atuação em uma realidade complexa, permeada por um processo histórico de transições epidemiológicas e demográficas, realidade em que enfrenta diariamente muitos desafios como a violência, a desigualdade social, entre outros; e ainda atua com ações em saúde direcionadas a grupos populacionais diversos como por exemplo, mulheres, homens, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, populações do campo e da floresta, pessoas com deficiência, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), entre outros; e que necessitam de cuidados específicos considerando as suas singularidades (BRASIL, 2017b).

Analisando o contexto da AB e seus princípios e diretrizes, pensar em uma formação voltada para este cenário, é perceber que este é o primeiro nível de atenção à saúde, que está mais próximo da vida e do local de moradia das pessoas e que é considerado como a principal porta de entrada para o SUS, onde são realizadas diversas ações como de promoção da saúde e de prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2011). Por isso, é fundamental a reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde e seu papel central na resolução dos problemas de saúde da população. Importante dizer que a formação e a atuação dos profissionais isoladamente não são suficientes para gerar os resultados desejados e garantir qualidade aos serviços de saúde. Nessa direção, pensar sobre a formação dos enfermeiros torna-se essencial, uma vez que os mesmos se constituem profissionais nucleares para o cumprimento dos princípios e diretrizes da AB.

É importante considerar que a forma como se pensou a AB, conceitualmente, foi para ter a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2011). Porém, se o sistema público de saúde não funcionar adequadamente, torna-se difícil a AB, sozinha, alcançar essa capacidade, ou seja, não tem como ser resolutiva em um sistema que não tem resolutividade.

A atuação do enfermeiro na AB perpassa o conhecimento técnico-assistencialista (mais identificado na área hospitalar) e se concentra em práticas de inter-relação com a coletividade. Esta afirmação é corroborada por Almeida et al. (2010), quando definem o Enfermeiro como o mediador e o principal agente estimulador/multiplicador de ações voltadas para a saúde coletiva, especialmente na ESF, que possui maior envolvimento e conhecimento das reais necessidades de saúde da população e tem autonomia para a tomada de decisões.

Refletindo sobre o papel importante que as IES exercem sobre a capacitação de recursos humanos, estas devem pensar a elaboração de seus currículos com vistas a preparação de enfermeiros críticos e reflexivos para atuar de acordo com realidade do país, sendo epidemiológica, demográfica, social e economicamente complexa; e que os profissionais sejam capazes de dialogar com a realidade, refletir e intervir com vistas a transformá-la. Para tanto, tem-se a necessidade imediata de se adequar a formação com intuito de diminuir a dicotomia entre o ideal e o real (MORETTI-PIRES, 2012).

Para que a formação de enfermeiros impacte positivamente na realidade desigual presente no Brasil, um dos nós críticos a ser trabalhado é o processo de ensino-aprendizagem dentro da academia, no qual deve estimular a participação direta do discente na construção do seu conhecimento por meio da articulação com o cotidiano dos serviços de saúde, onde poderão identificar as dificuldades e exercitar a criatividade para enfrentá-las. Assim, Freire (1979) destaca que a realidade é histórica assim como o homem que a criou e por isso, ela não pode se transformar sozinha, é preciso que o homem que a criou siga transformando-a.

Para tanto, necessita-se problematizar o processo de ensino-aprendizagem. Segundo Freire (1994), a prática problematizadora é constituída pela visão de mundo dos educandos, dialoga com a realidade e os incentiva a refletir e a construir o seu próprio conhecimento, diferentemente da prática bancária que se opõe a dialogicidade e deposita conteúdos nos educandos sem considerar a sua participação no processo de aprendizagem.

Problematizar no ensino de enfermagem “significa enfrentar a complexa e desigual realidade social, pensando e agindo com foco em sua transformação”. Essa problematização implica em reconhecer que o conhecimento é construído a partir das vivências anteriores de cada pessoa, “implica construir o conhecimento junto com o outro”, envolvendo-o ativamente na construção de sua própria história (ROZENDO; SALAS; CAMERON, 2017, p. 2).

Com objetivo de provocar transformações na formação dos profissionais de saúde para atender às orientações das DCN, o Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), vêm construindo políticas públicas, proporcionando, por meio de

programas/projetos, oportunidades para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e aproximando a graduação do contexto da AB (LIMA; ROZENDO, 2015). Essas iniciativas instituídas pelo MEC e MS contribuem para a transformação tanto das práticas educacionais quanto da formação dos profissionais de saúde, uma vez que muitos cursos de graduação em saúde podem estar priorizando o ensino-aprendizagem em uma lógica hospitalocêntrica.

Pensando no contexto normativo da formação do enfermeiro, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) vigentes apontam que o perfil do egresso deve ser de um profissional generalista, crítico e reflexivo, capaz de prestar uma assistência integral humanizada e atuar com base nas necessidades sociais de saúde, buscando o fortalecimento do SUS. Recomenda ainda uma formação que proporcione um conhecimento abrangente, desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe, voltados para a integralidade da atenção à saúde, intervindo no processo saúde-doença, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, recuperação da saúde, propiciando maior resolutividade aos problemas sociais de saúde (BRASIL, 2001a). Cabe salientar que as novas DCN/ENF que estão em fase de aprovação reiteram estas mesmas diretrizes e recomendam uma prática educativa emancipatória (ABEN NACIONAL, 2018).

A necessidade de refletir sobre a formação do profissional enfermeiro para atuar no âmbito da AB, foi constatada no estudo realizado por Lima et al. (2016) e em uma recente revisão integrativa realizada por Brito, M. et al. (2017), sendo identificada a existência de poucos artigos que abordam a formação para a AB, pois os estudos possuem, em sua maioria, foco na transformação dos currículos e nas dificuldades de implantação do currículo integrado. Por isso, os autores sugeriram a realização de mais estudos que enfatizem a formação com foco na AB, considerando que essa representa o alicerce do SUS. Desta forma, comprova-se que o presente estudo traz uma contribuição importante, sendo inovador e uma potencial ferramenta para (re)pensar a formação crítica de enfermeiros para atuar na AB.

Para tanto, faz-se necessário conhecer a perspectiva dos atores envolvidos nessa formação, como estudantes, enfermeiros atuantes na AB, professores, gestores, entre outros. Destacando-se que pesquisas evidenciaram a necessidade de estudos que considerem o olhar de discentes ou egressos, para que a contribuição aconteça a partir das múltiplas vivências (ALMEIDA; PERES, 2012; JIMÉNEZ GOMEZ, 2010; SALEHI et. al. 2012).

Nessa direção, esta pesquisa considerou abordar a formação para atuar na AB a partir do olhar do discente. Com esse propósito, **buscou-se responder a seguinte questão norteadora**

da pesquisa: Como os estudantes de enfermagem percebem a sua formação para atuar na AB?

O estudo torna-se relevante pela possibilidade de despertar a reflexão e produzir debates, fornecendo subsídios para elaboração de propostas de Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) mais críticos e currículos que propiciem a formação do Enfermeiro com ênfase na AB, e ainda forneçam o preparo profissional necessário em direção da implementação de mudanças no ensino de graduação, contribuindo para a formação crítica de enfermeiros que não só sejam capazes de atuar na AB, como também de intervir neste contexto em busca da transformação da realidade.

2 OBJETIVOS

- Analisar a percepção de discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na AB;
- Analisar as potencialidades e fragilidades na formação de discentes de enfermagem para atuar na AB.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Inicialmente, serão enfocados aspectos históricos concernentes ao Ensino de Enfermagem, como emergiu a formação em Enfermagem no Brasil e seu processo de evolução, incluindo a criação das DCN e projetos estratégicos para qualificar a formação em saúde e de Enfermeiros. Posteriormente, serão abordados o SUS com destaque para a AB e a formação crítica do Enfermeiro com foco na atuação neste nível de atenção, associando-a a Pedagogia Crítica de Paulo Freire.

3.1 A trajetória do Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil

No contexto da educação em enfermagem no Brasil, entende-se que a construção, evolução e consolidação ocorreram a partir de um processo histórico, político e cultural com transformações contínuas. A educação em enfermagem sofreu transformações conforme a evolução da sociedade, as necessidades da categoria e do setor saúde de cada época, bem como pelas exigências de uma formação adequada para atuar de acordo com a realidade de saúde da população (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011).

A trajetória do ensino em enfermagem no Brasil inicia em 1889, a partir da Proclamação da República, que resultou na separação entre o Estado e a Igreja, causando a ampliação da intervenção governamental no campo da saúde. Neste cenário, ocorreu a reforma técnico-administrativa do Hospital Nacional dos Alienados, que culminou na exclusão das Irmãs da Caridade, levando a diretoria do hospital a criar a primeira Escola de Enfermeiros, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), na cidade do Rio de Janeiro (PIRES, 1989).

A EPEE foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, com o objetivo de preparar enfermeiros para atuar nos hospícios e hospitais civis e militares, sendo conduzida por médicos sanitaristas. Atualmente, é conhecida como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pertencente a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNI-RIO) (PAIXÃO, 1963; PIRES, 1989; GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006).

Como berço da enfermagem profissional em São Paulo, foi inaugurado em 1984, o Hospital Samaritano (antes Hospital Evangélico), mantido pela Sociedade beneficente Hospital Samaritano. Essa sociedade era constituída por membros estrangeiros, médicos provenientes da Inglaterra e dos Estados Unidos, nos quais o sistema Nightingale para a formação de enfermeiras já estava estabelecido, respectivamente, desde 1860 e 1873. Esse

aspecto preocupou os dirigentes que despertou o interesse em manter um serviço de enfermagem à altura da instituição (CARVALHO, 1980).

Com isso, em meados de 1901, sendo conduzido por enfermeiras inglesas e ministrado no idioma inglês, seguindo o Sistema Nightingale, no qual foram formadas, foi criada por elas a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano. A seleção para o ingresso na Escola era realizada seguindo critérios como, moças pertencentes às famílias alemãs, norte-americanas e inglesas, já nascidas no Brasil. A Escola tinha iniciativa privada e finalidade de preparar os enfermeiros para trabalhar neste hospital, voltado para estudantes de famílias estrangeiras que residiam na região Sul do Brasil. Por isso, não conseguiu reconhecimento (CARVALHO, 1980; GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006; WINTERS, 2012).

Com o intento de preparar voluntários para atender as emergências advindas da Primeira Guerra Mundial e melhorar as condições da assistência prestada, por volta de 1916 outra Escola de Enfermagem foi criada pela Cruz Vermelha Brasileira, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006). Tinha duração de dois anos e era subordinada ao Ministério da Guerra que preparava enfermeiras socorristas. Mais adiante passou a ter três anos de duração e passou a ser subordinada ao Ministério da Educação e Cultura, atual MEC (WINTERS, 2012).

Como observado, os cursos de Enfermagem foram sendo criados de acordo com as necessidades do momento histórico vigente (interesses políticos, religiosos, advento da primeira guerra mundial) sem haver até então preocupação com a saúde da população e nem tampouco com a qualificação dos profissionais de enfermagem para essa atuação (GERMANO, 1983; FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006).

Apenas na década de 20, com o surgimento da crise econômica ocasionada pela dificuldade de negociar com o comércio internacional e sendo esta crise gerada devido as epidemias e endemias ocorridas no Brasil, iniciou-se uma preocupação com a questão da saúde pública, na qual foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 2 de janeiro de 1920 pelo Decreto nº 3.987/20 e, conseqüentemente, a Escola de Enfermeiras desse mesmo Departamento, em 10 novembro de 1922, Decreto nº 15.799/22 (CARVALHO, 1976; GERMANO, 1983; TEIXEIRA et al., 2006; WINTERS, 2012). O curso com duração de dois anos e quatro meses, objetivava fornecer um ensino teórico e prático, sendo ministrado por enfermeiras da Fundação Rockefeller, propondo-se a formar profissionais para a garantia do saneamento urbano (WINTERS, 2012).

O currículo mínimo e obrigatório para a Escola de Enfermeiras foi estabelecido em 31 de dezembro de 1923, por meio do Decreto Lei nº 16.300/23, que surgiu para atender as demandas sociais e políticas do país, visando a expansão comercial brasileira, ameaçada pelas epidemias (WINTERS, 2012).

Posteriormente, em 1926 a Escola de Enfermeiras passou a ser chamada de Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), seguindo os padrões da Enfermagem moderna, com moldes “nightingalianos”. Nesse mesmo ano, em 31 de março, foi criado o Decreto nº 17.268 que instituiu a carreira de Enfermagem no modelo “Nightingale”, em nível nacional, sendo a primeira Escola com esse padrão no País (TEIXEIRA et al., 2006; WINTERS, 2012). Com isso, foi publicado o Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, que regulou o exercício da enfermagem no Brasil e fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem à EEAN (BRASIL, 1931). Em 1931, foi denominada Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (WINTERS, 2012).

Como marco do primeiro passo organizacional da luta da enfermagem brasileira, foi fundada em 12 de agosto de 1926, a Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas (ANED), sendo renomeada em 1929 para Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB). Em 1944, o estatuto sofreu alteração e o nome da entidade passou a ser Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED) e em 1953, por sugestão de sua Presidente da ABED, o nome mudou para Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), mantendo-se na atualidade (OLIVEIRA et al., 1997).

Diante da necessidade de elevar a Enfermagem no campo da educação e cultura, em 1932 foi criado e publicado pela ABED no Rio de Janeiro, os Anais de Enfermagem (atual Revista Brasileira de Enfermagem), sendo um marco para o avanço do conhecimento científico da categoria. Os objetivos dos Anais eram atualizar os estudos de Educação e Enfermagem e ser um meio de comunicação entre as enfermeiras do país (MENDES et al., 2002).

A partir da década de 30, com a reestruturação econômica e política, notou-se a necessidade de uma mão de obra saudável e capacitada, iniciando-se o crescimento dos Cursos de Enfermagem moderna no País, sendo impulsionado na década de 40 com a evolução acelerada da urbanização e da industrialização (TEIXEIRA et al., 2006).

Diante disso, viu-se a necessidade de organizar o ensino de Enfermagem e a ABED (atual ABEn) teve um importante papel, sendo criada em 1945, a Divisão de Ensino de Enfermagem que tinha o objetivo de estudar os conteúdos relativos ao ensino de enfermagem,

buscando melhoria para o padrão de enfermagem. Em 1946 passou a ser chamada de Divisão de Educação, podendo participar enfermeiras integrantes do corpo docente e dos serviços de saúde. Essa Divisão criou a Comissão de Currículo que durante o ano de 1948 estudaram e propuseram ementas ao Projeto de Lei 92-A/48 que dispunha sobre o ensino de enfermagem e em 1949 apresentou seu parecer que estabeleceu o currículo teórico mínimo e a duração dos estágios para a formação do Enfermeiro, determinando normas para a formação de auxiliares de Enfermagem (MEDEIROS et. al., 1999; WINTERS, 2012).

Vale ressaltar que o ensino de Enfermagem, apesar de várias iniciativas, foi institucionalizado em 1923, sob a influência do sanitarismo, porém foi apenas com o desenvolvimento industrial e modernização dos hospitais que esse ensino foi consolidado (TEIXEIRA et al., 2006). Assim, até o ano de 1949 o currículo em vigência era o da primeira Escola (EEAN), o qual seguia o modelo de assistência americano e tinha a finalidade de garantir o saneamento urbano e a contenção das epidemias e endemias (LIMA, 2004).

O projeto apresentado pela Comissão de Currículo resultou na publicação da Lei nº 775 de 6 de agosto de 1949, ocorrendo a padronização e a ampliação do ensino de Enfermagem no Brasil, expondo a obrigatoriedade da existência da Escola de Enfermagem (cursos de Enfermagem com 36 meses e de Auxiliar de Enfermagem com 18 meses), nos centros universitários ou sede de faculdades de medicina (FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006; WINTERS, 2012). A partir dessa lei, foi constatada a necessidade de se ter um currículo para direcionar a formação de enfermagem, sendo o Decreto nº 27.426/49, que aprovou esse currículo e descreveu as matérias que deveriam ser ministradas nos cursos, bem como a existência de aulas teóricas e práticas, sendo os estágios em hospitais, ambulatórios e unidades sanitárias, com duração mínima de quinze dias, exceto o estágio em serviço de saúde pública com duração mínima de três meses. (WINTERS, 2012).

O currículo mínimo de 1949 proposto para o curso de Enfermagem não apresentava muita inovação quando comparado ao programa inicial, conservou-se o enfoque no fazer e não no pensar, na reprodução de procedimentos que inibiam a criatividade e incentivava o tecnicismo, além de ter foco na doença e não na pessoa doente (característica curativista). O currículo foi baseado no norte-americano, considerando de forma muito frágil o perfil epidemiológico do país, com ênfase em conteúdos de diversas especialidades médicas, fragmentando o ensino e conseqüentemente o cuidar (FERNANDES, 1988; GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995).

Garcia, Chianca e Moreira (1995) assinalam que, na década de 50, o ensino de Enfermagem continuou indeterminado em médio e superior, pois no ano de 1951 expirou o prazo que permitia às Escolas receberem candidatos com certificados de curso ginasial completo ou equivalente. Foi nesse decênio que começaram a surgir cursos de curta duração para treinar pessoal de enfermagem, visando preencher a carência de enfermeiras. Winters (2012), aponta que apenas em 1956, com a Lei nº 2995/56, o prazo das Escolas receberem candidatos foi prorrogado por mais cinco anos. Destaca-se que em 1955, por meio da Lei nº 2.604/55, foi regulamentado o exercício da Enfermagem profissional, descrevendo as atribuições específicas do Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem.

Visando o estabelecimento de normas para a melhoria da educação brasileira, foi promulgada a Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961, Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que fixou as diretrizes e bases da educação nacional. A partir desse marco, o órgão criado por esta Lei, o Conselho Federal de Educação (CFE), passou a deliberar sobre a duração e o currículo dos cursos de nível superior, promovendo uma estruturação e reformulação no sistema formal de ensino universitário. (FERNANDES, 1988).

O marco da década de 60, foi a determinação, pela primeira vez, dos currículos mínimos para o ensino universitário no Brasil. Destarte, em 19 de outubro de 1962, foi fixado o primeiro currículo mínimo para os cursos de Enfermagem por meio do Parecer nº 271/62, estabelecendo mudanças no currículo. O Parecer foi preparado pelo CFE, considerando as sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem nomeada pelo Ministério da Educação e Cultura, da ABEn e das dezenove Escolas formais de Enfermagem do Brasil (BRASIL, 1974; GERMANO, 1993; WINTERS, 2012).

O Parecer 271/62 instituiu um curso geral e duas alternativas para especialização. O curso geral era de três anos letivos e a partir daí a especialização com mais um ano letivo, sendo de opção do aluno a formação em saúde pública ou a formação em obstetrícia. Houve ainda a padronização das exigências de escolaridade e de concurso (vestibular) para o ingresso ao curso de Enfermagem, passando para a categoria superior e foi estabelecido oito disciplinas obrigatórias, não estando entre essas a disciplina de Saúde Pública, aparecendo apenas como conteúdo de especialização (FERNANDES, 1988; GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995; WINTERS, 2012).

A ênfase passou a ser dada ao ensino das ciências físicas e biológicas, mantendo-se o enfoque na visão do homem como um ser biológico e mascarando-se o aspecto social da saúde. A concepção do social foi diluída em função da concepção exclusiva do biológico e o ensino girava em torno do atendimento do doente

hospitalizado, tendo como marco de referência o predomínio de medidas curativas em saúde. (FERNANDES, 2006, p.14).

A universidade brasileira enfrentou um momento de crise na segunda metade da década de 1960, houve uma intensa mobilização estudantil com reivindicações por maiores oportunidades de ingresso no ensino superior, maior investimento na educação e melhor qualidade de ensino. Nesse cenário, em 1968, surge a Lei nº 5.540 de 28 de novembro que culminou na Reforma Universitária. A Lei fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior, que deveria manter articulação com a escola média e a implantação de uma política educacional (BRASIL, 1974; FERNANDES, 1988, TEIXEIRA et al., 2006).

A proposta da Reforma Universitária baseava-se no crescimento do número de vagas e a modernização do ensino superior, com a revisão dos currículos mínimos dos cursos, considerando às exigências do mundo de trabalho que com o rápido desenvolvimento industrial, demandava cada vez mais profissionais qualificados (FERNANDES, 1988, TEIXEIRA et al., 2006).

Nesse contexto, o ensino de enfermagem seguiu as decisões da Reforma Universitária, que, sumariamente, estavam direcionadas para a formação de maior número de profissionais e na reestruturação de um novo currículo mínimo. Com isso, docentes de Enfermagem, atendendo às determinações do CFE, começaram se engajar em encontros, congressos e seminários objetivando elaborar uma proposta de currículo para o estabelecimento de diretrizes com vistas ao aprimoramento seguindo os direcionamentos da reforma (FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al, 2006).

A partir das participações e debates nos diversos eventos, as docentes de Enfermagem elaboraram uma proposta que foi transformada em anteprojeto, sendo esta encaminhada ao CFE, por meio da Comissão de Educação da ABEn, solicitando a revisão do currículo do curso de Enfermagem, objetivando modificações, entre muitas, a inclusão de um quarto ano diversificado. Somaram-se quatro anteprojetos que foram encaminhados ao CFE no período de 1968 a 1970 (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995; FERNANDES, 1988; TEIXEIRA et al., 2006).

Consolidando os anteprojetos anteriores encaminhados ao CFE, no final de 1970, a Comissão de Educação da ABEn submeteu uma nova proposta que persistiu nos itens referentes a duração mínima do curso em quatro anos; e tronco comum para formação do enfermeiro, com a habilitação diversificada. Em 28 de janeiro de 1972, foi aprovado o Parecer nº 163/72 e Resolução nº 04/72 que fixou os mínimos de conteúdo e duração do Curso de

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (BRASIL, 1974). A duração do curso geral, foi determinada em no mínimo 3 e no máximo 5 anos (pré-profissional e o tronco comum) e no mínimo 4 e no máximo 6 anos (quando optado por uma das habilitações). A duração total do curso foi determinada em 5 anos (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995).

O currículo do curso de Enfermagem passou a compreender três partes sucessivas: a) pré-profissional, compreendendo matérias do primeiro ciclo, matérias comuns a todos os cursos de Ciências da Saúde; b) tronco profissional comum, abrangendo as matérias específicas de Enfermagem, levando à graduação do enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte; c) de habilitações (opcional), conduzindo à formação do Enfermeiro Médico-Cirúrgico, da Enfermeira Obstétrica e do Enfermeiro de Saúde Pública. Como uma quarta possibilidade de opção de qualificação e atuação para as estudantes, a Resolução 4/72 inseriu ainda a licenciatura em enfermagem, já prevista em outra legislação (Parecer 837/68 - direito ao profissional Enfermeiro de exercer a função pedagógica nos cursos de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, como também em cursos de saúde) (BRASIL, 1974; FERNANDES, 1988, 2006).

No decênio de 1970, acentuou-se a privatização no setor saúde com o crescimento da atenção médica da Previdência e o abandono da “saúde pública” o que provocou a exaustão do modelo e a procura por opções de menor custo para expandir a cobertura. Alguns projetos de medicina comunitária, elaborados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, foram surgindo e a partir desses espaços, o movimento sanitário foi iniciado por grupos de intelectuais, articulados com partidos políticos (BRASIL, 2011).

Um acontecimento considerado um marco, para a enfermagem brasileira, após 30 anos de luta da ABEn, foi a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEn e COREn), com a promulgação da Lei 5.905 de 12 de julho de 1973, que proporcionou o reconhecimento da categoria enquanto profissão, bem como forneceu uma ferramenta apropriada para a fiscalização do exercício da enfermagem no Brasil (KURCGANT, 1976).

A partir de 1986, objetivando reorientar a estrutura da formação do enfermeiro em um processo de luta, a ABEn passou a organizar e realizar Seminários Nacionais e Regionais desencadeando amplos debates sobre “Perfil e Competência de Enfermeiros” e “Proposta de Currículos Mínimos para Formação do Enfermeiro”. Esses eventos mobilizaram diferentes atores interessados no assunto, com vistas a construção coletiva de um projeto educativo para a Enfermagem do país. Como resultado dos debates e propostas realizados nos seminários, foi aprovado o Parecer nº 314/94 do CFE em 6 de abril de 1994 e homologado pela Portaria nº

1.721 do Ministério da Educação, em 15 de dezembro de 1994, a qual estabeleceu o currículo mínimo do Curso de Graduação em Enfermagem. (TEIXEIRA et al., 2006; WINTERS, 2012).

O novo currículo era composto por algumas propostas apresentadas pela categoria de enfermagem, porém gerou alguns descontentamentos, principalmente com relação à ausência de disciplinas que abordassem a educação, não considerando a função educativa que o Enfermeiro pode desenvolver e ainda a insatisfação com a carga horária dos eixos temáticos, que direcionava uma formação limitada a generalista sem levar em consideração as diferenças entre as instituições e regiões onde os cursos estavam implantados (FERNANDES, 1988).

No período de 02 a 06 de maio de 1994, como marco na história do avanço da educação em Enfermagem, foi realizado no Rio de Janeiro o 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (1º SENADEn). Esse seminário é considerado uma contribuição significativa para o ensino de Enfermagem, sendo um espaço privilegiado de debates e construção de propostas para a melhoria da educação em Enfermagem (TEIXEIRA et al., 2006; MOURA, 2006).

Com o início à Reforma do Ensino Superior no Brasil, a partir de 1995, houve um movimento para potencializar e racionalizar os recursos investidos nas instituições públicas de ensino, ou seja, organizar o sistema educativo para torná-lo mais eficiente, competitivo e produtivo, que culminou na expansão do ensino superior com o aumento no número de cursos, vagas e matrículas (BEHRING, 2003).

Assim, a partir dessa reforma em dezembro de 1996, foi publicada a nova LDB (Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996), que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional proporcionando a flexibilização dos currículos, com vistas a expandir os cursos e vagas no ensino superior. Em seu Artigo 53, a LDB, atribuiu ao MEC o direito de estabelecer os currículos dos cursos e programas com propostas de DCN, considerando o perfil epidemiológico e social da população brasileira, objetivando uma melhor adequação ao mundo do trabalho e atendimento às necessidades sociais (FERNANDES, 1982; BRASIL, 1996; PAIVA 1999; TEIXEIRA et al., 2006).

Um dos principais pontos que a LDB/1996 determinou, foi que a União conduzisse ao Congresso Nacional, o Plano Nacional da Educação (PNE), contendo as diretrizes e metas para o decênio 2001-2010. O PNE foi instituído com a aprovação da Lei nº 10.172 de 9 de janeiro de 2001, o qual apresentou uma política de Estado para o referido decênio,

estabelecendo, como uma das metas, que até o final de 2010, vagas em cursos superiores seriam ofertadas compatibilizando 30% dos jovens entre 18 e 24 anos (BRASIL, 2001b).

Fundamentando-se na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica do SUS, na LDB/96, no PNE e demais pareceres e leis, foi consolidado em 7 de agosto de 2001, por meio do Parecer nº 1.133 do Conselho Nacional de Educação (CNE) /Câmara de Educação Superior (CES), as DCN dos Cursos de Graduação da área de Saúde, porém só abrangia os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição (BRASIL, 2001c). Essas DCN constituem um padrão para orientar a elaboração de currículos e PPP pelas IES. Reforçam a necessidade da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, abordando elementos sobre o perfil, competências e habilidades que os egressos devem desenvolver no decorrer da graduação, com enfoque na prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Após a divulgação desse parecer, em 7 de novembro de 2001, foi divulgada a Resolução CNE/CES Nº 03 instituindo as DCN/ENF (BRASIL, 2001a; TEIXEIRA et al., 2006).

Em seu Art. 3º, as DCN/ENF enfatizam que o profissional formado tenha um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, com qualificação para atuar com rigor científico e fundamentado nos princípios éticos. Que tenha a capacidade identificar situações ou problemas de saúde/doença de acordo com o perfil epidemiológico e partir disso realizar as intervenções em prol da promoção integral da saúde do ser humano, com ênfase no SUS. E ainda, um perfil para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem (BRASIL, 2001a).

Além de descrever o perfil que o profissional egresso deve ter desenvolvido as competências e habilidades gerais e específicas incluindo Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente (BRASIL, 2001a).

Com os objetivos de atender às DCN e construir aproximações entre o sistema de saúde brasileiro e as instituições formadoras, melhorando com isso o ensino e o trabalho em saúde, têm sido criados políticas, projetos e ações com vistas a reorientar a formação profissional em saúde para atender ao perfil exigido para o trabalho no SUS. Entre essas iniciativas destacam-se o Programa de Incentivo de Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), criado em 2002, para ocorrer na lógica de aproximar o estudante de Medicina ao contexto do SUS, AB, com ênfase na ESF; o PRÓ-saúde, criado em 2005, que objetivou implantar a integração ensino-serviço, com vistas a garantir a integralidade no processo saúde-doença

com foco na AB, e a partir disso promover transformações na assistência à saúde da população (ABBAD et al., 2016).

Outras iniciativas com o mesmo direcionamento para preparar profissionais qualificados para atuar no SUS, com base nas realidades da população, são: o PET-Saúde, instituído por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, com a proposta de promover ações intersetoriais, de maneira interprofissional, para o fortalecimento do SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibilizando ainda bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. (BRASIL, 2009a; ABBAD et al., 2016). O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que trata de um projeto estratégico do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, visa aproximar os estudantes universitários por meio de imersão teórica, prática e vivencial, das conquistas e desafios na realidade do SUS (BRASIL, 2004).

Essas iniciativas, no âmbito da graduação em saúde, objetivam inserir precocemente o estudante de diversas áreas da saúde, com destaque para o estudante de enfermagem, no contexto do sistema de saúde brasileiro, oportunizando conhecer as diferentes realidades e os desafios de prestar uma assistência de qualidade e equânime à população, bem como contribuindo para a reflexão crítica com vistas a transformação das práticas profissionais e sociais.

Por isso, torna-se importante refletir sobre a formação/ensino que está sendo ofertado pelas IES, bem como sobre a aplicabilidade das DCN em seus currículos, visto que as DCN orientam a construção de currículos que tenham em sua proposta a formação de profissionais com o propósito de conhecer a realidade, refletir criticamente sobre ela e intervir em busca de uma transformação social (PEREIRA; D'AVILLA; LAGES, 2013).

Nessa perspectiva, foi divulgada a Resolução, de nº 569 de 8 de dezembro de 2017, que traz a reafirmação da prerrogativa constitucional de que o SUS deve ordenar a formação de trabalhadores da área da saúde; aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, o qual apresenta pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde e que deverão compor o perfil dos egressos, a serem incorporados nas DCN de todos os cursos da referida área, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas (BRASIL, 2017a).

Os pressupostos, princípios e diretrizes descritos na Resolução, sinteticamente, foram:

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde, objetivando formar profissionais comprometidos com a democracia e com o direito fundamental à saúde, que compreendam os princípios, diretrizes e políticas do SUS, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade;

II - Atendimento às necessidades sociais em saúde, a partir conhecimento do processo saúde-doença a fim de possibilitar que a atuação dos futuros profissionais nos serviços de saúde possa transformar, melhorar a realidade em que estão inseridos;

III - Integração Ensino-Serviço-Gestão-Comunidade, oportunizando uma aproximação que faz com que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas, relacionando-o à realidade do trabalho em saúde;

IV - Integralidade e as RAS, tendo a AB um papel chave, sendo o centro de comunicação entre os pontos de atenção, a coordenadora do cuidado e ordenadora dessas redes;

V - Trabalho interprofissional, proporcionando o aprendizado no trabalho em equipe, de forma colaborativa, com diferentes atores atuando de forma integrada, com o compartilhamento de objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde;

VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e Componentes Curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde, sendo construídos com a participação de diversos atores (representações de trabalhadores, discentes, usuários e gestores municipais/estaduais do SUS), adequando-se ao contexto social e a integração entre os cursos;

VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa, sendo diversificadas para o processo de ensino-aprendizagem, permitindo a participação e a autonomia dos estudantes, tornando-os sujeitos ativos na construção do conhecimento;

VIII - Valorização da Docência na Graduação, do Profissional da Rede de Serviços e do Protagonismo Estudantil, por meio da Educação Permanente em Saúde, objetivando a melhoria do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas e da qualidade da gestão e da atenção à saúde;

IX - Educação e Comunicação em saúde, sendo fundamental a inter-relação entre estas, para que a educação em saúde seja um instrumento que permita compartilhamento de informações, proporcionando responsabilidades para a população sobre sua saúde e a saúde coletiva;

X - Avaliação com caráter processual e formativo, sendo essencial para a melhoria da qualidade da educação, com a utilização de instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, em um processo de construção dialógica, com reflexões coletivas;

XI - Pesquisas e Tecnologias Diversificadas em Saúde, fomentando estudos com ênfase na investigação das necessidades da comunidade, propiciando o desenvolvimento de indicadores que permitam melhor estimativa da resolubilidade da atenção;

XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde, sendo prejudicial a formação em saúde na modalidade de Educação à Distância (EaD), pela baixa qualidade e inadequada da formação dos profissionais, oferecendo riscos à sociedade e sem a necessária integração ensino-serviço-gestão-comunidade (BRASIL, 2017a).

De modo geral, as DCN dos cursos de graduação em saúde evidenciam a importância da construção de currículos e projetos pedagógicos que promovam a formação profissional necessária para atuar no SUS, reconhecendo a AB como coordenadora do cuidado em saúde. Enfoca ainda o caráter inclusivo da formação, considerando a diversidade da população brasileira (raça, crença, gênero/sexo, pessoas com deficiências, situação socioeconômica entre outros).

Ainda que as novas DCN/ENF estejam em processo de aprovação, a 4ª minuta reforça as DCN/ENF vigentes quando recomenda a formação de enfermeiros com perfil generalista para atuar com “qualidade, efetividade e resolutividade no SUS”. Explicita no Artigo 8º que esta formação deve ser direcionada para o SUS e que deve se considerar a AB e as RAS como “eixos coordenadores e integradores”. Além disso, a referida minuta enfatiza no Artigo 11 que o “processo educativo e formativo do enfermeiro deve estar fundamentado na educação emancipatória e crítica”, orientando-se pelo pensamento crítico e pela aprendizagem significativa, com vistas a problematizar a “complexidade da vida, da saúde e do cuidado de enfermagem” (ABEN NACIONAL, 2018).

3.2 A Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde²

O primeiro documento a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), foi o Relatório Dawson, publicado em maio de 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, o qual recomendou a organização de um sistema de saúde por nível de complexidade em uma região geográfica definida. A classificação dos serviços foi: serviços domiciliares ofertados em centros de saúde primários e por uma equipe multiprofissional, abrangendo a medicina preventiva sendo dirigida por médico clínicos; os casos mais complexos seriam encaminhados para os serviços mínimos especializados (centros de saúde secundários), sendo compostos por consultores e especialistas, devendo ter relação com hospitais de ensino que tivessem faculdade de medicina e os serviços suplementares que manteriam relação com os centros de saúde primários e secundários para atender casos de como tuberculose, doenças mentais, epilepsia, algumas doenças infecciosas e para tratamento ortopédico (PENN et al., 1920).

O Relatório de Dawson influenciou a criação de vários sistemas de saúde no mundo, incluindo o Sistema Nacional de Saúde Britânico (NHS), em 1948, o qual propôs a provisão de cobertura universal baseado no princípio de equidade e integralidade, excetuando-se o tratamento odontológico, oftalmológico e dispensação de medicamentos. O NHS da Inglaterra passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (KOEN, 2000).

Com o início da década de 1970 e com uma situação econômica tumultuada houve um distanciamento dos cuidados primários de saúde, favorecendo o modelo de cuidado centrado na doença. Ocorreu, em setembro de 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética (URSS), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. De acordo com o documento advindo da conferência, a Declaração de Alma-Ata, houve um acordo entre os países conhecido como “Saúde para Todos no Ano 2000”, para que todos os povos atingissem a meta de maior nível de saúde possível, tendo como chave para esse alcance a APS (OPAS/OMS, 1978).

O documento definiu a APS, como cuidados primários de saúde que são:

...cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação [...]. Representam o

² Embora tenha sido escolhido o termo AB para aplicação neste estudo, neste tópico será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde (APS) para seguir exatamente o termo original.

primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978., p. 1-2)

Outro documento que visou contribuir com o alcance da saúde para todos os povos até o ano de 2000 e ulteriores, foi a Carta de Ottawa. Foi elaborada a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa/Canadá, em novembro de 1986, que aconteceu para dar resposta aos ideais por uma nova saúde pública (BRASIL, 2002).

Dentre os pontos discutidos na conferência e descritos na Carta de Ottawa, está a conceituação de Promoção da Saúde e os pré-requisitos para se ter saúde, sendo que para alcançá-la a responsabilidade é de âmbito intersetorial.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...] a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19).

Segundo Mendes (2012), no Brasil, a APS pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento. O primeiro, em 1925, com a criação dos Centros de Saúde na Universidade de São Paulo (USP) que foram provavelmente influenciados pelo Relatório de Dawson. Esses centros visavam atender gratuitamente a população de uma determinada zona da cidade, e tinha como objetivo a educação sanitária e tratamento medicamentoso das doenças transmissíveis seguindo o regimento interno do serviço (SÃO PAULO, 1925; MENDES, 2012).

O segundo ciclo se deu com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, hoje Fundação Nacional de Saúde, tendo como “funções o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas (borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce)”, sendo o eixo principal, a educação sanitária (CAMPOS, 2006; MENDES, 2012). Enfatiza-se que, persistiam os Institutos de Aposentadorias e Pensões, criados, em 1933, durante a Era Vargas, que prestavam atendimento para apenas uma parte da população (empregadores e empregados), sendo um modelo de assistência médica curativa privatista (AGUIAR, 2015).

O terceiro ciclo, ocorreu na metade dos anos 60 e foi instituído nas Secretarias Estaduais de Saúde, mantendo o núcleo tecnológico do SESP, passando a se chamar Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) com a promulgação da Lei n. 3.750, de 11 de abril de 1960. A fundação focalizava as ações por meio de programas de saúde pública, na prevenção das doenças, porém incorporava a atenção médica para grupos e doenças específicos (materno-infantil e doenças infecciosas-tuberculose e hanseníase) (BRASIL, 1960; MENDES, 2012). Ressalta-se que nesse ciclo, houve a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criando, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), com a oferta de serviços apenas para os segurados e dependentes (AGUIAR, 2015).

O quarto ciclo, nos anos 70, deu-se diante da proposta de APS que seria descrita pela Conferência de Alma-Ata e iniciou seu desenvolvimento na forma de programas de extensão de cobertura, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços e ações médico-sanitárias. Foi criado então o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cujo objetivo era “implantar uma estrutura básica de Saúde Pública”, começando pela região Nordeste em 1976 e alcançando abrangência nacional em 1979 (MENDES, 2012). Nesse ciclo, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que prestava atendimento médico aos contribuintes da previdência social (carteira assinada), excluindo uma parcela da população, sendo extinto pela Lei 8.689 de 1993 (AGUIAR, 2015).

O quinto ciclo se deu no início dos anos 80, com o fim do milagre econômico ocorrido na década de 70 (período de crescimento do PIB (Produto Interno Bruto), industrialização e baixos níveis inflacionários), ocorreu uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), como forma de reorientar o modelo assistencial de prestação de serviços de saúde (MENDES, 2012; AGUIAR, 2015).

A partir desse acontecimento, na década de 80, com o início de redemocratização do País, dois momentos se destacaram, o primeiro ocorrido em março de 1986, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco entre todas as conferências por permitir a participação da sociedade e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. Três temas principais foram abordados nessa conferência: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor (BRASIL, 2009c).

O resultado dos debates na conferência gerou um relatório, que apresentou diretrizes para a reorganização do sistema, estabelecendo que a conferência deveria culminar na criação

de um Sistema Único de Saúde, com separação total da saúde da previdência, intermediada por uma grande Reforma Sanitária, além de formar as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 2009c).

Entre essa conferência e a publicação da nova Constituição de 1988, foi divulgado o Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que tratou da criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), cujo objetivo era contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS (BRASIL, 1987).

Pouco mais de um ano depois da criação do SUDS, foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988, sendo este o segundo momento que marcou a década de 80. Entre suas seções, a que trata da saúde (Seção II), no Art. 196 está escrito que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, p. 118-119).

A nova Constituição estabeleceu o SUS, um sistema com a proposta de acesso universal e gratuito, com atendimento integral sendo priorizado as atividades preventivas (BRASIL, 2016), transformando a saúde em um direito do cidadão e iniciando com isso o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Porém, este sistema de saúde só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 com a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, pontuando os princípios e diretrizes (universalidade, integralidade, equidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único) para o seu funcionamento (BRASIL, 1990a).

Vetos presidenciais foram postos na Lei nº 8.080/90 no que diz respeito ao estabelecimento de Conselhos e das Conferências de Saúde, o que culminou na criação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros do governo para o setor saúde” (BRASIL, 1990b).

Segundo Lavras (2011) e Mendes (2012), com a Constituição de 1988, observou-se que muitas iniciativas de APS permaneceram em muitas regiões do país, mesmo ainda não

sendo considerada um modelo de atenção nacional. Somente com a instituição do SUS, na década de 1990, iniciou-se uma estruturação da APS sob gestão dos municípios brasileiros e com incentivo do Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento. Este acontecimento é considerado por Mendes (2012), um sexto ciclo do desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira.

As experiências de APS anteriores (Centros de Saúde da USP, SESP, PIASS e AIS) atreladas à constituição e regulamentação do SUS permitiram a elaboração de uma política de AB com vistas a reorientar o modelo de assistência vigente no país e tornando-se o contato preferencial da população com o sistema público de saúde. Com isso, a concepção sobre a AB surgiu a partir dos princípios do SUS (MATTA; MOROSINI, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011), a AB caracteriza-se por:

... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011. p. 3).

Na AB, as práticas de cuidado e gestão são democráticas e participativas, realizadas por meio do trabalho em equipe, para populações de territórios definidos, sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, próxima da vida das pessoas, o que proporciona um maior conhecimento das reais necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

A PNAB traz que a AB deve ser:

... o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p. 3).

É uma estratégia privilegiada que surgiu para substituir o modelo hospitalocêntrico que tinha foco na doença, de organização do cuidado em saúde. Nesse contexto, é na AB que cerca de 80% a 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos, evitando uma parte das internações em hospitais e consequentemente maiores custos para o setor saúde (*apud* CAMPOS et al., 2010; REHEM; EGRY, 2011).

Com relação a concepção de APS, Mendes (2012), explica que há variações na interpretação, sendo destacada três principais: a APS como seletiva (direcionada a populações

e regiões pobres, sendo ofertado serviços simples e de baixo custo por pessoas com baixa qualificação profissional, impossibilitando o encaminhamento para níveis atenção de maior complexidade); a APS como um nível primário de atenção à saúde (forma de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, proporcionando resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, restringindo-se às ações de primeiro nível e; a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (modo singular de adequar, recombina e reordenar o sistema para contemplar às necessidades da população, implicando na articulação da APS como coordenadora de uma RAS). Essas variações podem ser encontradas em diversos países, inclusive mais de uma em um mesmo país (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986; WALSH; WARREN, 1979; INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

No SUS, há uma mistura de interpretações, principalmente na APS como seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde, podendo ainda ser entendida como uma estratégia de organização do SUS, tendo a ESF como mediadora (MENDES, 2015). Porém, faz-se necessário pensar a APS como o primeiro nível de atenção, como uma estratégia para coordenar o sistema de saúde brasileiro, buscando cada vez mais qualificar o cuidado e dar resolutividade aos problemas de saúde.

Como um plano para reformular a atenção à saúde do Brasil, ou seja, organizar a AB, foi instituído em 1994, pelo MS o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje conhecido por ESF, definido como:

... um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008, p.1).

A criação da ESF objetivou buscar o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, sendo composta por uma equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde - ACS), com a garantia de uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, com foco na família e na comunidade, baseada nas diferentes realidades (ALVES, 2005; COSTA et. al., 2009; BRASIL, 2011).

A ESF permite o estabelecimento de vínculos entre equipe e usuários, a partir do momento que garante a aproximação dos profissionais e das unidades de saúde às famílias. Destaca-se que é na ESF que pode ser viabilizada a continuidade do cuidar, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde com a corresponsabilização pela saúde e impactando diretamente na situação de saúde local. As necessidades dos usuários devem ser priorizadas

com foco na busca contínua na melhoria da qualidade dos serviços prestados às famílias (DIAS et al., 2014).

Com a implantação da ESF ocorreu o sétimo ciclo, denominado ciclo da APS que subsiste até os dias atuais, sendo influenciado principalmente pela experiência com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no estado do Ceará e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2012).

Como se pode perceber, os sistemas de saúde anteriores ao SUS, tinha uma lógica excludente, centralizada e sem resolutividade dos problemas de saúde da população. Com a criação do SUS, conquista dos movimentos sociais e sanitários brasileiros, emergiu o propósito de transformar o modelo de atenção à saúde, hospitalocêntrico, em um modelo integral, que excede o arcabouço organizacional hierarquizado e regionalizado da assistência à saúde e se prolonga pela atenção qualificada de modo individual e coletivo (MACHADO et al., 2007; SILVA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2011).

O SUS se tornou o responsável pela assistência à saúde de milhões de brasileiros, estruturando-se em três níveis de atenção à saúde (APS, Média e Alta Complexidade), sendo o primeiro nível a APS, na qual ocorre diversas ações que vão desde a promoção à saúde e prevenção de doenças até a reabilitação, além de compor o preferencial ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema. Os atendimentos especializados que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população que não foram identificados ou solucionados na APS, são realizados na Média e Alta Complexidade que tem o objetivo de resolução dos problemas de saúde que envolvem alta tecnologia e alto custo (MEDEIROS; PERES, 2011).

Trazendo como ponto principal para discussão a APS, reitera-se que é nela que ocorre um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que tem por objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral com impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. As ações são realizadas sob a forma de trabalho em equipe com o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas. A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, estando próxima da vida das pessoas, o que proporciona maior facilidade no conhecimento da situação de saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

Portanto, a APS representa no SUS, o centro de comunicação da RAS, orientando-se pelos princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), integralidade da atenção, responsabilização, da humanização, equidade e

participação social. As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com distintas configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, com atributos diversificados estando entre estes a APS com cobertura de a toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Com isso, a APS constitui o primeiro e preferencial nível de contato dos indivíduos com os serviços do SUS, levando as ações de saúde para mais perto do local de moradia e trabalho das pessoas, sendo responsável por ordenar o cuidado através da rede de serviços vinculada, afim de que seja garantida a integralidade da atenção ao usuário (BASSANI; MORA; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2010). Sua ampliação articulada com a implantação da ESF, atende a necessidade de reorganização da atenção à saúde, reconhecendo a produção de saúde em um contexto epidemiológico, demográfico, social e econômico (GUIZARDI et al., 2006; FREITAS; NUNES, 2010).

No que tange a cobertura da APS/ESF no Brasil, o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, emite relatórios com a cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família (ESF) e de equipes de APS para o monitoramento do acesso aos serviços de APS. O último relatório, de abril de 2018, evidenciou que para a população de 207.660.929 habitantes, existiam 43.197 ESF, alcançando uma cobertura de 133.961.662 pessoas, o que corresponde a 64.51%. Quanto a cobertura estimada da APS, constatou-se que 156.853.251 habitantes são cobertos, correspondendo a 75.53% (BRASIL, 2018).

Esses dados demonstram que pouco mais da metade da população brasileira, no período analisado, é coberta pela ESF e APS, sendo esse número menor com relação a cobertura pela ESF. Quanto a isso, Fausto et al. (2014) apontam em seu estudo que há disparidades importantes no acesso e na oferta de cuidados nas UBS, justificando essas disparidades, em parte, pelas desigualdades sociais no país, que podem refletir no acesso e no uso dos serviços de APS. Salientaram ainda, que a depender da área geográfica que as eSF estejam atuando, a assistência à saúde pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada.

As diferenças encontradas nos distintos portes populacionais dos municípios podem significar diversidades no processo de institucionalização da ESF em razão do histórico dos municípios quanto à capacidade de gestão da AB, condições para articulação regional no que se refere ao conjunto de recursos em saúde ou mesmo em relação às condições de vida e saúde das populações (Fausto et al., 2014, p. 30).

Na perspectiva destes autores, para que a cobertura da ESF alcançasse proporções maiores, seria necessário um maior investimento na APS, com vistas a sua ampliação e ratificação de uma porta de entrada para o SUS, principalmente tendo como prioridade a ESF, o que poderia promover maior e melhor resolutividade, com o acesso à saúde, a qualidade de vida e saúde e a redução das desigualdades. Segundo Pereira, Silva e Lima Neto (2014), quando a AB não apresenta resolutividade, cresce o número de internações hospitalares, o que causa uma sobrecarga no sistema, criando e aumentando os custos que podem ser evitados devido às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). A ICSAP, é tida como um indicador que avalia as atividades hospitalares, medindo a efetividade da APS, sendo representado por um conjunto de agravos que com uma APS efetiva, solucionando grande parte, evitaria alcançar a alta complexidade.

Mesmo a APS não alcançando 100% de cobertura da população brasileira, alguns estudos evidenciaram grandes progressos resultantes das políticas de APS na diminuição de internações por causas evitáveis e dos gastos com serviços hospitalares, bem como de melhorias nas condições de vida e saúde da população brasileira (PEREIRA et al., 2012; GIOVANELLA et al., 2015; SILVA; POWELL-JACKSON, 2017). Resultados esses, que só ratificam a necessidade de ampliação da APS nos municípios brasileiros, tendo como organizadora e mediadora a ESF.

A partir da trajetória do SUS e da APS apresentada, vale discutir o recente contexto em que a nova PNAB colocou o tão almejado e conquistado direito pela saúde. Com a publicação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB, diversos debates surgiram entre pesquisadores e interessados no campo da saúde sobre as modificações realizadas em pontos importantes que contrariam os princípios do SUS.

Segundo estudo publicado recentemente por Morosini, Fonseca e Lima (2018), os pontos revisados na nova PNAB estão relacionados, principalmente, a relativização da cobertura populacional, a segmentação do cuidado (APS seletiva) e o reposicionamento da ESF, retomando a APS tradicional.

Antes de discutir sobre a possibilidade da nova PNAB ser um retrocesso no direito à saúde conquistado na Constituição de 1988, vale ressaltar que as anteriores (2006 e 2011) defendiam a expansão da ESF e previam que seria preciso um número suficiente de ACS nas eSF para cobrir 100% da população cadastrada (máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF, sendo uma população de 4.000, com uma média de 3.000), respeitando o

critério de equidade, ou seja, a cobertura deveria ser universal, sendo enfatizado que esse limite deveria ser seguido para não comprometer a qualidade da atenção e conseqüentemente a resolutividade da AB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Na PNAB 2017, a população coberta por uma eSF passa a ser de 2.000 a 3.500 pessoas e a cobertura deve ser de 100%, restringindo-a às áreas de grande dispersão territorial e áreas de risco e vulnerabilidade social, mantendo o número máximo de 750 pessoas por ACS, sem mencionar a quantidade de ACS por eSF. Ressalta a possibilidade de determinar outro parâmetro populacional, seja maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as particularidades territoriais, assegurando-se a qualidade do cuidado. (BRASIL, 2017b).

Essa flexibilidade que propõe a nova PNAB, opõe-se à PNAB 2011 que destaca que quanto maior for a vulnerabilidade de um determinado território, menor será a quantidade de pessoas por equipe, o que propicia uma melhor assistência e resolutividade dos problemas de saúde. Ela deixa ainda, uma lacuna na quantidade de ACS por eSF, permitindo e dando a entender que a composição de eSF pode ser com apenas um ACS, o que pode limitar o acesso da população à saúde, visto que esse profissional cria um elo entre a UBS e a comunidade (BRASIL, 2011; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011, p. 17).

Outra fragilidade a ser pontuada na nova PNAB é com relação a abordagem que é feita quanto aos padrões nas ações e serviços que a APS deve seguir, sendo denominados como padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais se referem a serviços básicos relativos a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na APS, já os padrões ampliados são os serviços estratégicos que permitem prosseguir para alcançar padrões superiores de acesso e qualidade na APS (BRASIL, 2017b). Tais padrões se assemelham ao modelo de APS seletiva, que pode aumentar as desigualdades e fragmentar o acesso e a assistência na APS (GIOVANELLA et al., 2015).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam que a nova PNAB traz o reposicionamento da ESF e a ampliação da APS tradicional, ao passo que determina que todos os profissionais da ESF tenham a carga horária de 40 horas (incluindo o médico que teve uma flexibilidade para ter uma carga horária de 20h na PNAB anterior) e à equipe da AB foi determinada uma

soma da carga horária para os profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem), de no mínimo 40 horas (carga horária mínima de 10 horas para cada profissional), sem incluir o ACS; e ainda o número de três profissionais por categoria, no máximo. Tais aspectos tornam a composição de equipes no modelo de AB tradicional mais chamativa do que no modelo de ESF, pois exige uma quantidade menor de recursos humanos, uma organização mais fácil pela flexibilidade da carga horária e menores custos.

Com base nas considerações apontadas sobre a nova PNAB, observa-se as fragilidades da política no que tange aos direitos de acesso aos serviços em um sistema que por meio de lutas e reivindicações é (não se sabe até quando) gratuito, universal e integral. Como já demonstrado anteriormente, vários estudos demonstraram a resolutividade da APS, principalmente quando se tem a ESF implantada, o que justifica a sua ampliação e não a sua redução ao ponto de causar o seu desmonte.

Considerando que os profissionais que atuam na APS/ESF, principalmente os que estão há mais tempo e acompanharam a implantação, a evolução da ESF e seu potencial resolutivo, e em seu processo de trabalho vivenciam diariamente o SUS; considerando que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, faz-se necessário discutir sobre a formação do profissional da saúde para atuar nesse sistema, especificamente na APS e principalmente do Enfermeiro, a quem é atribuído diversas atividades, responsabilidades e por ser este profissional o foco desse estudo.

3.3 A formação crítica do Enfermeiro para atuar no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica³

No âmbito da saúde, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1990a). Os Ministérios da Educação e da Saúde, juntos, são os responsáveis por estabelecer estratégias e políticas de articulação entre a educação e o trabalho, de modo a promover a discussão nas IES que leve a elaboração ou a proposição de PPP que visem a formação profissional na área da saúde com foco no SUS (ABBAD et al., 2016).

Pensando nessa articulação entre a educação e a saúde, faz-se necessário estabelecer uma coparticipação entre as IES e os serviços de saúde para que assim ocorra uma exitosa integração das práticas, das vivências no cotidiano da saúde, favorecendo a produção/troca de conhecimentos e conseqüentemente transformação do processo de trabalho em saúde (ABBAD et al., 2016).

A qualificação dos serviços que compõem o sistema de saúde brasileiro é um desafio, especialmente no âmbito da Atenção Básica, que sofre influência direta do processo formativo dos profissionais de saúde (BRASIL, 1990a; GERSCHMAN; SANTOS, 2006). A Constituição Federal de 1988 (Art. 200, inciso III) atribui ao SUS a incumbência de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, incorporando os serviços públicos que o integram como campos de prática, ensino e pesquisa (BRASIL, 2016; BRASIL, 1990a).

Com a implantação do SUS e a busca pela efetiva implementação dos seus princípios, muitos debates e questionamentos têm surgido acerca dos modelos assistenciais adotados, quanto a lógica de financiamento e as práticas profissionais. Quanto à atuação profissional, tem sido frequente o debate sobre a adequação da formação dos profissionais à realidade epidemiológica e organização dos serviços de saúde (BISPO JÚNIOR, 2010), com vistas a proporcionar uma formação adequada e o desenvolvimento de um profissional com o perfil generalista e problematizador, capaz de planejar intervenções considerando a complexidade e necessidade de emancipação do sujeito (BRASIL, 1990a; GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Com o objetivo de proporcionar uma formação profissional direcionada para atuação no SUS, as instituições de ensino buscam avanço em seus currículos de modo a inserir conteúdos teóricos e práticos que oportunizem o aprendizado e vivência para atuar e planejar ações em

³A partir desse tópico será retomada a terminologia AB, como é mais conhecida no Brasil e expressada na própria política.

saúde, sendo as propostas baseadas nos princípios e diretrizes que regem o SUS (MEDEIROS; PERES, 2011).

Para Abbad et al. (2016), deve-se pensar em novas possibilidades de ensino na graduação que proporcione ações pedagógicas colaborativas e humanizadas, a fim de preparar melhores profissionais para lidar com o sujeito do cuidado. Quanto a isso, as IES devem criar espaços dialógicos e reflexivos, estimulando os estudantes a pensarem em novos sentidos para o processo saúde-doença, para que assim prestem uma assistência com foco na transformação social.

Nesse contexto, as DCN e outras medidas criadas para melhorar o ensino e formação em saúde (Programas como PROMED, PRÓ-Saúde, VER-SUS, PET-Saúde, entre outros), buscam direcionar ou aproximar o profissional ao perfil requerido para atuar no SUS, objetivando mudar ou aperfeiçoar os métodos de ensino-aprendizagem e ainda incentivar a integração entre os cursos, com práticas interdisciplinares e interprofissionais (ABBAD et al., 2016).

Salienta-se que a Enfermagem foi a primeira categoria da saúde a progredir na discussão sobre a formação profissional para atuar no SUS, especialmente a partir da criação de um espaço exclusivo para debater as questões educacionais, os SENADEn (PERES; CIAMPONE; WOLFF, 2008), nos quais emergiram propostas de mudanças na formação do enfermeiro com foco para a atuação no sistema de saúde, enfatizando as práticas de promoção e prevenção (MEDEIROS; PERES, 2011).

Um fator que prejudica a qualidade do ensino e conseqüentemente um profissional capacitado é a acelerada e desordenada expansão de cursos e oferta de vagas de graduação em Enfermagem, gerando uma fragilidade no monitoramento na qualidade dos mesmos e ocorrendo pelo aumento do número de instituições de ensino, prioritariamente privadas, que conseqüentemente disponibilizam mais cursos e vagas, destacando-se a possibilidade de formação superior no período noturno e EAD (TEIXEIRA et al., 2013).

As DCN/ENF orientam a construção dos Projetos Pedagógicos com definição de princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de enfermeiros, além de perspectivas para o exercício das competências gerais e específicas, buscando aproximar o futuro profissional à realidade do serviço público de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2001a; LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

Nesse sentido, as DCN dos cursos de graduação em saúde orientam a formação de profissionais aptos a “aprender a aprender”, que compreende o “aprender a conhecer”, o

“aprender a fazer”, o “aprender a conviver” e o “aprender a ser”, com vistas a preparação de profissionais que tenham autonomia e realizem um atendimento integral e de qualidade para os indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2017a). Porém, o grande desafio das IES é formar profissionais enfermeiros com a criticidade e criatividade necessária para atuar nos variados campos da saúde. Espera-se que esses profissionais excedam o arcabouço teórico-prático e se tornem sujeitos reflexivos, agentes inovadores, que ao estarem inseridos em uma determinada realidade, intervenha com o objetivo de transformá-la (SOUZA et al., 2011).

Considerando o âmbito da AB, Ferreira, Périco e Dias (2017) sinalizam a relevância do trabalho do Enfermeiro nesse cenário, sendo nele que esse profissional constrói a integralidade da assistência prestada de forma individual e coletiva, elevando o nível de saúde dos envolvidos. Ressaltam ainda que a enfermagem é uma prática social, que produz ações de saúde, por meio de um saber específico, com os demais membros da equipe num contexto político e social do campo da saúde. Consideram que a prática de enfermagem na AB tem promovido mudanças no sentido de prestar um atendimento integral, com vistas a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, e ainda promove contribuições por realizar atividades além da assistencial, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Nesse aspecto, a PNAB, aponta as atribuições comuns e específicas dos membros das equipes que compõe a AB. Destaca-se as atribuições específicas do Enfermeiro, que envolvem em seu processo de trabalho, principalmente, nas seguintes funções: **Assistencial**, na qual o enfermeiro irá realizar atividades de atenção à saúde aos indivíduos e famílias no domicílio ou em espaços comunitários, realização de consultas com solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos conforme preconizados e procedimentos diversos; **Administrativa**, na qual o enfermeiro realizará atividades de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e ainda a observância do adequado funcionamento da unidade de saúde por meio do gerenciamento dos insumos; e **Educativa**, devendo contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe (BRASIL, 2011).

Na AB o enfermeiro tem a potencial oportunidade de realizar ações de saúde nos âmbitos individuais e coletivos, principalmente com promoção e proteção a saúde e prevenção de agravos, sendo justificada a importância da atuação do Enfermeiro nessa área, bem como demonstrando a necessidade das IES investirem em currículos que enfoquem a AB (BRASIL, 2011). Assim, evidencia-se a necessidade de ajustes na formação do enfermeiro, relacionados

às funções ou atribuições que os profissionais que atuam nesse nível de atenção à saúde devem desempenhar, levando em consideração a necessidade de uma melhor preparação para o desenvolvimento de ações coletivas do trabalho em saúde (FREITAS; NUNES, 2010).

A enfermagem é uma das profissões que tem como essência e peculiaridade o cuidado ao ser humano, sendo fundamental na AB, especialmente ESF, com o desenvolvimento de amplas ações de saúde e exercendo atividades de organização e gerenciamento de grupos específicos de indivíduos, famílias e dos insumos necessários para o pleno funcionamento do serviço (TEIXEIRA et al., 2013).

A atuação do enfermeiro na AB deve estar alicerçada na busca por uma assistência integral e contínua, enxergando o usuário como um ser integral, não como fragmentos que necessita de um cuidado repartido, proporcionando com isso melhor resolutividade dos problemas de saúde da população, intervindo com base no conhecimento das necessidades sociais de saúde, através do estabelecimento de parcerias intersetoriais, práticas humanizadas e desenvolvimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuário (BASSANI; MORA; RIBEIRO, 2009; FRACOLLI et al., 2011).

Para alcançar a formação do enfermeiro desejada, com vistas a contemplar a complexa realidade de saúde no Brasil, é fundamental a (re)construção dos PPP de modo a permitir que o educando vivencie as diferentes realidades e processos de trabalho, afim de provocar a reflexão das práticas e intervir na perspectiva de mudança. Assim esse discente, enquanto futuro profissional poderá desenvolver uma identidade social com imersão no cuidado à pessoa, à família e à comunidade, com enfoque na promoção da saúde, prevenção das vulnerabilidades e dos riscos de adoecimento, bem como nas ações de reabilitação, com o estímulo ao autocuidado e corresponsabilização pela saúde (BRASIL, 2009a).

Vale ressaltar que a 4ª minuta das DCN/ENF (em processo de aprovação), enfatiza que o PPP deve ser “criativo, inovador e flexível, sendo construído coletivamente (com docentes, discentes, profissionais do serviço, conselho de saúde e sempre que possível com gestores e usuários)”. Recomenda a garantia da incorporação de alguns conceitos que fundamentam a pedagogia crítica, como por exemplo: autonomia, emancipação e problematização da realidade (ABEN NACIONAL, 2018, p. 11). A característica dessas novas diretrizes enfoca a importância de uma formação voltada para a inserção crítica dos estudantes na realidade.

Neste sentido, a formação do enfermeiro deve ser eminentemente crítica. Para pensar a formação do enfermeiro nessa perspectiva, neste estudo será adotado o pensamento de Paulo Freire em defesa de uma educação libertadora.

Uma educação para a libertação “é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (FREIRE, 1994, p. 38). A educação libertadora é baseada nos contextos e nas histórias de vida dos sujeitos, considerando inseparáveis para a formação destes (CHIARELLA et al., 2015). Nessa educação o educador e o educando constroem juntos o conhecimento, em oposição à educação bancária, na qual o papel do educador é apenas de transferir e transmitir o conhecimento (detentor do saber) e do educando apenas receber as informações sem a oportunidade de participar ou construir os próprios conceitos (não sabe ou não possui o saber). Assim, a educação bancária não oportuniza ao educando o ato de refletir, de ser criativo e de construir o seu conhecimento (FREIRE, 1994).

Para que ocorra uma educação libertadora e crítica, alguns elementos conceituais são fundamentais e irão ancorar este estudo, tais como: a autonomia, a práxis, o diálogo/dialogicidade, a problematização e a consciência crítica.

Para Heidemann et al. (2010), tais conceitos se apresentam nas práticas de saúde como caminhos que possibilitam contribuir com a promoção da saúde, principalmente na área de enfermagem que vem se apropriando do pensamento freireano para incentivar e transformar sua prática.

A formação para ser libertadora ocorre por meio diálogo entre os sujeitos envolvidos e provoca transformação no processo educativo, no qual quem ensina, aprende concomitantemente. Este tipo de educação incentiva a consciência crítica da realidade e a busca pela autonomia (CHIARELLA et al., 2015).

A autonomia é a forma como o sujeito encontra a possibilidade de direcionar, de conduzir, de maneira dialógica, sua própria história. É a liberdade para (re)construir o conhecimento. A busca pela autonomia na educação é fundamentada pela ação-reflexão-ação, a práxis, considerada como a prática refletida e transformadora, sendo que a ação sem reflexão se torna algo mecânico (FREIRE, 1996).

O diálogo, para Freire, é a principal ferramenta para o processo de ensino-aprendizagem, pois “pertence a natureza do ser humano, enquanto ser de comunicação. Sela o ato de aprender, que nunca é individual, embora tenha uma dimensão individual” (SHOR; FREIRE, 1986, p. 11). O diálogo é o encontro entre o refletir e o agir, não se resume a troca de ideias, “é o encontro de homens que pronunciam o mundo, é um ato de criação” (FREIRE, 1994, p. 45). É a “construção teórica, pois se manifesta pela relação de objetividade e

subjetividade, sendo considerada uma categoria teórica. É ainda atitude e prática pedagógica, configurando-se como uma troca entre o falar e o escutar e “tem como fundamento o amor, a tolerância, a humildade e a esperança” (MENEZES; SANTIAGO, 2014, p. 52).

Problematizar a educação para que esta seja libertadora, é propiciar o diálogo e a inserção do sujeito em uma realidade, na qual passa a vivenciar, a observar/conhecer aquela realidade, para analisar/refletir criticamente e intervir com o objetivo de transformá-la (FREIRE, 1996). Esse tipo de educação tem o compromisso de libertar e de desmistificar, fundamentando-se em estimular no educando a criatividade, a reflexão e a ação sobre a realidade com vistas a transformação (FREIRE, 1994, 2001).

Para alcançar o objetivo da educação libertadora, e, portanto, problematizadora, que é a transformação social ou das práticas em saúde (pensando no campo da saúde), faz-se necessário o desenvolvimento da consciência crítica, que é a capacidade de refletir de forma crítica sobre determinada realidade, e a partir dessa consciência o sujeito pode transformá-la. Para isso, o sujeito deve ser inserido na realidade e posteriormente se distanciar para enxergar melhor o todo, refletir criticamente, aprimorar a curiosidade e a partir disso criar formas de intervir e provocar mudanças naquele contexto. Isto é, portanto, a práxis (FREIRE, 1994).

Neste sentido, quando o sujeito passa a compreender e “toma consciência de seu papel no mundo, sua transformação se torna inevitável e, portanto, gera uma ação para alcançar esse objetivo” (STRECK; RENDÍN; ZITKOSKI, 2008, p. 408).

Relacionando o pensamento freireano com a formação do enfermeiro para atuar na AB, destaca-se dois aspectos, o primeiro se refere ao ato de ensinar e aprender dentro do ambiente escolar que precisa ser realizado com uma metodologia que propicie o estímulo da curiosidade, o compartilhamento do conhecimento e não uma transmissão deste, o diálogo e não um monólogo, que permita ao educando de enfermagem refletir sobre aquele determinado assunto e assim expor seus pensamentos, sem impor verdades absolutas, e construir com isso o seu saber.

De acordo com Reibnitz e Prado (2003, p. 440) no processo da educação não deve ser considerada as respostas que estão prontas, deve-se incentivar e auxiliar o estudante ao ato de pensar, pois “quem pensa, geralmente, faz a educação em que acredita”.

O segundo aspecto a ser considerado, enfatizando o contexto da AB, diz respeito ao ato de vivenciar, que são as atividades extramuros (ou intramuros a depender da proposta), curriculares obrigatórias ou não, mas que permitam conhecer as diferentes realidades por meio das vivências e assim proporcionar aos educandos o desenvolvimento de um olhar

crítico, aprendendo a lidar com o não esperado, na busca de solucionar os problemas de saúde da população.

A importância do profissional enfermeiro na AB, pode ser evidenciada em diversos estudos que sinalizam sua contribuição nos mais variados cenários (domiciliar, comunitário, entre outros). É considerado um profissional preparado para lidar com diversas situações encontradas no processo saúde-doença, bem como nos diferentes níveis de atenção, com destaque para a AB, pois é nesta que possui maior autonomia, com respaldo de protocolos do MS, para prestar diferenciadas formas de atenção à saúde (atendimento individual e coletivo, educação em saúde nos diversos equipamentos sociais, entre outros) (MAURER; SMITH, 2005; NIES; EVEN, 2007; SCHAEFFER, 2008).

[...] as práticas de cuidado do enfermeiro na Atenção Básica ganham significado importante, pois é neste campo que muitos contextos se expressam claramente, refletidos através da aproximação social e cultural com a população. Consequentemente, as necessidades de saúde são identificadas *in loco*, o que pode proporcionar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais coerentes e eficazes (ACIOLI et al., 2014, p. 638).

Um estudo de revisão da literatura que incluiu 30 artigos de pesquisa original produzidos com enfermeiros, sobre as práticas de enfermagem no contexto da AB, no período entre 2005 e 2014, identificou que estas práticas estavam relacionadas com as práticas no serviço, na comunidade e de gestão e formação (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

As práticas no serviço foram sinalizadas como ações realizadas preferencialmente, em sua maioria, dentro dos serviços de saúde como consulta de enfermagem, procedimentos diversos (curativos, verificação de medidas antropométricas, de pressão arterial e de glicemia capilar, teste do pezinho, citologia, entre outros), atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, imunização, acolhimento, encaminhamentos, sala de espera, vigilância epidemiológica, reunião de equipe e ações de reabilitação.

As práticas na comunidade, ou seja, aquelas extramuros, envolviam a realização de grupos de educação em saúde, educação em saúde nas escolas, visita domiciliar, campanhas de saúde e ações lúdicas. Quanto as práticas de gestão e formação, estavam relacionadas a supervisão e treinamento, planejamento, avaliação, confecção de relatórios, apoio administrativo, coordenação do serviço, previsão e provisão de material para o serviço, educação continuada/permanente (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Desse modo, o enfermeiro está inserido em um cenário enriquecedor que cumpre um papel estratégico no processo de funcionamento do SUS, pois propicia o estabelecimento vínculo com a população e o desenvolvimento de práticas democráticas e participativas por meio de um trabalho em equipe (MEDEIROS; PERES, 2011).

Diante das considerações apresentadas, percebe-se a dimensão do trabalho do enfermeiro no contexto da AB e a necessidade de um olhar diferenciado para a formação desse profissional, tendo como foco a AB. Ressalta-se que IES devem propiciar práticas pedagógicas que desafiem e estimulem ao educando o desenvolvimento da reflexão e curiosidade, preparando-o, por meio de cenários práticos de aprendizagem, para as diferentes realidades que podem encontrar e assim intervir em prol de mudanças nos processos de trabalho, com a oferta de uma assistência de qualidade e conseqüentemente a melhora dos indicadores de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva objetiva buscar as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população. A abordagem qualitativa trabalha com a significação, causas, aspirações, crenças, percepções e opiniões, o que corresponde com o universo mais profundo das relações, em que os seres humanos interpretam o modo como vivem, sentem e pensam. Adequa-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos. Ademais, tem como característica a empiria e a estruturação gradativa de conhecimento até a compreensão da lógica interna do objeto estudado (MINAYO, 2014).

4.2 Cenário

O estudo foi realizado no curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pioneira no ensino de graduação em enfermagem em Maceió, capital do estado de Alagoas.

As informações referentes a IES, cenário deste estudo, foram acessadas *online* por meio do portal do MEC, no site <<http://emec.mec.gov.br/>>, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), a partir do cadastro de Instituições e Cursos de Educação Superior. E ainda, no PPP do Curso de Graduação em Enfermagem (PPP/ENF) da IES pesquisada.

Criado em 1973, o Curso Graduação em Enfermagem teve início de funcionamento em 03/03/1974, com grau bacharelado, na modalidade presencial. A renovação de reconhecimento de curso se deu pela Portaria nº 823, de 30/12/2014, publicada em Diário Oficial da União (D.O.U.) em 02/01/2015, com situação de funcionamento ativo. O curso oferta anualmente 60 vagas divididas em duas entradas de estudantes, sendo 30 vagas por semestre, funciona em turno diurno, com duração de cinco anos (10 períodos) e carga horária de 4.680 horas.

Para a criação do Curso de Graduação em Enfermagem da IES estudada houve a intervenção de aspectos locais como a visão do Reitor vigente, Prof. Nabuco Lopes, e o trabalho marcante desenvolvido por enfermeiras no Navio Hope. Esse navio escola fazia parte do projeto Hope (“política de ajuda dos Estados Unidos às nações mais pobres”), uma

iniciativa do governo americano, que objetivava prestar assistência médica para ajudar as populações em desenvolvimento. Este navio norte americano atracou no porto de Maceió em 15 de fevereiro de 1973. A atuação das enfermeiras desencadeou uma reação nos médicos da época que solicitaram a presença da categoria nos hospitais locais e incentivaram a criação do curso na determinada universidade (SANTOS; TREZZA; LEITE, 2000; SANTOS; LIRA; NASCIMENTO, 2009).

O PPP do curso propõe que o profissional egresso tenha o perfil:

[...] enfermeiro generalista, com capacidade crítica e reflexiva para utilizar e construir os diversos tipos de conhecimento, pautado nos princípios éticos e de cidadania, comprometido com a efetivação do SUS, com o seu desenvolvimento, da equipe e da profissão, com habilidade para trabalhar em equipe, exercer liderança, identificar as necessidades de saúde da população no âmbito individual e coletivo, intervindo no processo saúde-doença para cuidar da pessoa na sua integralidade e contexto de vida (PPP/ENF, 2007, p. 19).

O currículo do curso é organizado por disciplinas, distribuídas entre o ciclo básico e profissionalizante. O último ano do curso é destinado ao ECS, com carga horária de 1000 horas, sendo 500 horas destinadas para a atenção hospitalar e as outras 500 horas para a AB.

4.3 Participantes da pesquisa

O número total de participantes desta pesquisa foi de 14 (quatorze) pessoas, sendo considerada a totalidade atendendo aos critérios de inclusão.

A aproximação do pesquisador com o campo de pesquisa se deu por meio do coordenador do curso para solicitação de autorização quanto à realização da pesquisa. Após autorização da instituição e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), foi solicitado o fornecimento da relação nominal dos discentes com os respectivos contatos (telefone e endereço eletrônico), com a finalidade de convidá-los a participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: discentes de ambos os sexos matriculados no 10º período e que estivessem realizando ECS em UBS. Os critérios de exclusão para participar da pesquisa foram: discentes de enfermagem matriculados no 10º período e que estivessem afastados por licença médica ou qualquer outro motivo que impedissem a participação durante o período da produção de informações.

Os participantes foram contatados por telefone e/ou aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp Messenger) e convidados a participar da pesquisa, confirmada a

adesão à participação, foi agendada a entrevista para os dias e horários conforme disponibilidade dos participantes.

Os participantes do estudo eram majoritariamente mulheres e solteiras, com idade entre 22 e 31 anos e nenhuma trabalhava. Apenas um participante tinha outra formação de nível superior (Biologia).

Esse grupo reflete a realidade da força de trabalho em enfermagem, pois historicamente a Enfermagem é vista como uma profissão da mulher e do cuidado, sendo que estes termos se entrelaçam e se confundem, ligados direta ou indiretamente um ao outro (SPLENDOR; ROMA, 2003; TEIXEIRA et al., 2006), o que segundo Pereira (2008) dificulta a entrada de homens na categoria.

Essa lógica de feminização no campo da enfermagem é corroborada pelo relatório síntese da área de Enfermagem, sobre o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) em 2016, no qual foi identificado que 85,9% dos estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem eram do sexo feminino (MEC; INEP, 2016).

4.4 Produção de Informações

[...] tanto o pesquisador como o pesquisado são responsáveis pelo produto de suas relações [...]. A interação humana numa situação de entrevista, não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma relação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza desse encontro (MINAYO, 2014, p. 210).

Os procedimentos de produção de informações ocorreram em cinco etapas: 1) visita ao campo de pesquisa; 2) definição de um espaço privado para realização das entrevistas com os participantes; 3) contato por telefone/aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp Messenger) para agendamento dos encontros para entrevista com os participantes; 4) elaboração de quadro-calendário com as respectivas datas e horários das entrevistas; 5) realização de entrevista semiestruturada com utilização de um roteiro de caracterização dos participantes, com questões abertas quanto ao tema da investigação e uso de aparelho celular como gravador de áudio.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi entregue aos participantes na data e horário agendados, tendo como local de encontro a própria IES, sendo este o local de estudo evitando o deslocamento dos mesmos, em uma sala disponibilizado por um dos professores da IES.

Os participantes receberam informações referentes ao estudo e após a assinatura do TCLE, foi solicitado o preenchimento dos dados de caracterização dos participantes, que constavam na primeira parte do roteiro, em seguida foi realizada entrevista.

As entrevistas foram realizadas no período de setembro a outubro de 2017 e as transcrições ocorreram, à medida que as entrevistas foram sucedendo.

4.5 Instrumento de produção de informações

Para a produção de informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada guiada por um roteiro (Apêndice B) contendo duas partes: 1) dados de caracterização dos participantes, que constou de dados sociodemográficos, como sexo, idade, situação conjugal, vínculo de emprego, local de estágio e formação anterior (nível superior ou técnico); 2) questões disparadoras sobre o tema da investigação: como você percebe a sua formação para atuar na AB/ESF? Fale sobre as potencialidades que você encontrou em sua formação para atuar na AB/ESF. Fale sobre as fragilidades que você encontrou em sua formação para atuar na AB/ESF. Na sua opinião, o curso oferece experiências necessárias e significativas para atuar na AB/ESF? Quais experiências você considera importantes para essa atuação? Você se sente preparado para atuar na AB/ESF? Por quê?

4.6 Análise das Informações

A técnica de análise das informações utilizada foi a Análise de Conteúdo na modalidade de Análise Temática. Segundo Bardin (1979), a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Na análise temática, “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto” e pode ser representado por palavra, frase ou resumo. Ao analisar as informações por meio desta modalidade, o pesquisador deve descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, a fim de buscar significado para o objeto estudado (MINAYO, 2014).

De acordo com Minayo (2014), a análise temática processa-se em três etapas: 1) pré-análise (leitura flutuante- contato direto e intenso com o material de campo, constituição do corpus- exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos-retomada da etapa exploratória e correção de rumos interpretativos); 2) exploração do material (categorização/descrição analítica) e; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para que o anonimato dos participantes fosse preservado, determinou-se apresentá-los da seguinte forma: os discentes foram representados pela letra “D” maiúscula, acrescido de indicação numérica correspondente à ordem de sua participação no estudo, exemplificando: D1, D2, D3 e assim sucessivamente.

As entrevistas gravadas totalizaram aproximadamente 3h50min (três horas e cinquenta minutos) de gravação, sendo a de menor duração igual a 09:03 (nove minutos e três segundos) e a de maior duração igual a 25:29 (vinte e cinco minutos e vinte e nove segundos), tendo todas uma média de duração de 17 minutos.

A escuta das entrevistas ocorreu várias vezes e as transcrições foram realizadas na íntegra, sendo impressas e lidas de forma exaustiva. Os depoimentos dos participantes foram recortados das transcrições e organizados em temas e subtemas.

A análise das informações produziu três (3) temas e oito (8) subtemas, conforme apresentados no quadro 1, sendo ancorada na Pedagogia Crítica de Paulo Freire, nas DCN/ENF e na literatura pertinente.

Dentre os conceitos presentes na Pedagogia Crítica de Paulo Freire, neste estudo foram priorizados: autonomia, práxis, diálogo/dialogicidade, problematização e consciência crítica.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa atenderam aos princípios éticos e científicos propostos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram garantidos aos participantes o sigilo, anonimato e o direito de desistir da pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto foi submetido ao CEP da UFAL, respeitando a Resolução nº 466/12 do CNS, por meio da Plataforma Brasil, em 12/03/2017, sendo aprovado em 30/03/2017, sob nº de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 65674517.5.0000.5013.

Os resultados do estudo serão divulgados para fins acadêmicos e científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos por intermédio das entrevistas gerou três (3) temas e oito (8) subtemas, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Temas e subtemas sobre a percepção dos discentes de enfermagem acerca da sua formação para atuar na Atenção Básica. Maceió, Alagoas, 2018.

TEMAS	SUBTEMAS
Formação para atuar na Atenção Básica: o olhar dos discentes	
Fragilidades e potencialidades da formação para atuar na Atenção Básica	1) (Des) articulação na relação teoria e prática; 2) Fragmentação e lacunas no processo ensino-aprendizagem; 3) Ações pontuais e distanciamento da realidade da Atenção Básica; 4) Conteúdo teórico e a aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica; 5) Iniciativas inovadoras de aprendizagem na Atenção Básica.
Estágio Curricular Supervisionado como componente essencial da formação para atuar na Atenção Básica	1) Contribuição para a preparação, desenvolvimento de segurança e aquisição de experiência; 2) Aproximação ao fazer do Enfermeiro; 3) Preceptorial e o desenvolvimento do processo de aprendizagem do estudante.

Fonte: Autora. Dados da pesquisa, 2018.

Tema 1: Formação para atuar na Atenção Básica: o olhar dos discentes

Neste primeiro e grande tema, os discentes falam sobre a formação que o curso de enfermagem oferece para atuar no SUS e na AB, a obtenção de uma perspectiva humanista, a aproximação/contato com a AB no decorrer da graduação e ainda realizam comparações entre a própria formação e a fornecida por outras IES no sentido da preparação para atuar nesse contexto.

Os relatos abaixo demonstram as diferentes percepções dos depoentes acerca da sua formação e/ou preparação para atuar na AB.

A Universidade dispõe de muito incentivo nesse sentido de preparação mesmo para Atenção Básica [...] o curso é muito voltado para Atenção Básica [...] eu acho que é

o foco, está nas diretrizes desse curso, dessa universidade e eu acho que desde o início tem muito forte essa vivência na Atenção Básica para aperfeiçoar nossa formação, tanto teórica quanto prática. [...] o próprio corpo docente da graduação é voltado para saúde pública, para saúde coletiva. (D3).

A formação traz o estímulo mesmo para atuar na Atenção Básica, que vem do primeiro período, isso foi repercutindo ao longo do tempo, [...] foi muito bem-feita a nossa formação [...]. É como eu costumo dizer, o carro chefe da Escola é a Atenção Básica, nós somos preparados para atuar na Atenção Básica (D5).

[...] o curso todo, como ele é voltado para o SUS, então eu acho que ele acaba sempre trazendo pontos importantes para gente atuar realmente na Unidade Básica como futuros profissionais (D6).

[...] aqui na graduação eu passei a ver o SUS com outros olhos, eu tenho uma nova perspectiva do SUS (D9).

Eu acho que a Escola oferece no decorrer dos cinco anos, uma base muito boa para Atenção Básica, eu acho que foca inclusive mais nisso [...], então eu acho que a Escola desde o princípio me formou mais para esse lado mesmo, da Atenção Básica (D10).

[...] para mim, a coisa mais importante que eu vi dentro do meu curso, para minha formação, é essa importância que se dá realmente para o SUS (D13).

Eu acho muito falta ainda aqui no curso essa questão de Atenção Básica, de PSF. Hospitalar a gente tem mais oportunidade, era mais hospitalar. [...] eu sinto que as práticas da gente são mais direcionadas ao hospital do que à unidade básica, então se a gente trabalha SUS, não é só trabalhar SUS na assistência hospitalar, é trabalhar desde a sua essência, na Atenção Básica. Então eu acho que ainda aqui na universidade, a gente não tem tanta proximidade com a unidade básica (D7).

Eu percebo de certo modo que a formação para atuar na Atenção Básica ainda é um pouco limitada, porque a gente ouve muito falar sobre essa questão de não ser hospitalocêntrico, de não ser puramente médico, mas querendo ou não a nossa formação é muito voltada para esse fim. Apesar de falar da importância de se resolver tudo na Atenção Primária, a gente ainda é muito voltada para o Hospital (D8).

Os discentes relataram o incentivo ou o estímulo que o curso proporciona quanto a preparação para atuar na AB, sendo evidenciado que o curso, incluindo os docentes, tem foco no SUS e nesse nível de atenção, propiciando uma base sólida e vivências teóricas e práticas desde o início e ao longo da graduação para a atuação. Foi mencionada a importância que o curso dá ao SUS e ainda o novo olhar adquirido sobre ele durante a graduação.

Com base nas falas, observou-se que o curso da instituição tem a preocupação em ofertar uma formação como preconizada pelas DCN/ENF, que orientam a construção dos PPP com foco no SUS. Essa evidência pode ser corroborada com o resultado do estudo de Winters, Do Prado e Heidemann (2016), realizado em uma IES pública da região sul do Brasil, o qual identificou que na percepção dos formandos de enfermagem o curso ofertou uma formação

com ênfase no SUS. Assim como na investigação de Colenci e Berti (2012) feita na Faculdade Marechal Rondon, Rio de Janeiro, o qual evidenciou que na percepção de egressos do curso de graduação em enfermagem a formação foi voltada para a AB.

Uma formação com foco na AB, sugere um processo de ensino-aprendizagem que envolva um potente arcabouço teórico-prático para que sejam proporcionadas aos educandos as oportunidades/vivências necessárias para a sua atuação nesse nível de atenção. Neste sentido, Freire (1994) assinala a necessidade de oportunizar vivências e inserir os discentes na realidade; realidade do serviço, das pessoas, do mundo da AB, o que poderá desenvolver a consciência crítica em busca da transformação destas realidades.

Dois depoentes (D7 e D8) apresentaram considerações diferentes das demais, nas quais foram destacadas a falha e a limitação na formação para atuar na AB e na ESF. Enfatizaram que a formação ainda está voltada ao hospitalocentrismo e que não houve aproximação suficiente da AB, ocorrendo uma maior oferta de oportunidades direcionadas para a área hospitalar. Relataram ainda que o curso abordou a importância de se resolver os problemas de saúde na AB, como explicita a PNAB, porém ainda dá ênfase ao ambiente hospitalar, sendo destacada a necessidade de se trabalhar o SUS desde a sua essência, a AB.

Mesmo com a notoriedade de percepções contraditórias, percebe-se a importância que estes discentes dão a AB quando reconhecem que a abordagem prática nessa área foi uma falha e limitação da formação, o que implicitamente expõe a necessidade de se ofertar um ensino-aprendizagem com foco nesse contexto.

A percepção de que a formação ainda está predominantemente voltada para a área hospitalar traz a compreensão de que o curso de enfermagem ao longo da formação dos discentes, em algum momento entre o início e o final, priorizou essa área em detrimento da AB, o que aparenta ter um distanciamento desse contexto na metade do curso.

Semelhantemente a essa investigação, Meira e Kurcgant (2008) ao realizar pesquisa em um curso de enfermagem de um centro universitário privado no município de São Paulo, identificaram que na percepção de egressos o curso privilegiou uma formação voltada para o modelo de assistência hospitalar, o que direcionou a formação de profissionais para uma lógica biológica, com foco curativista e na doença, enxergando o ser humano de forma fragmentada.

Uma formação cujo ensino é pautado no pensamento biomédico favorece o desenvolvimento da consciência ingênua nos educandos, na qual a realidade é estática, fazendo com que o conhecimento seja transmitido seguindo a lógica do ensino “bancário” que

não estimula a reflexão e criatividade do estudante. Ademais, são transmitidas as técnicas e procedimentos que ensinam estaticamente a cuidar do doente, ação mecanizada, e não da pessoa que está doente necessitando de um cuidado integral, um cuidado holístico (FREIRE, 1979).

Os depoimentos abaixo refletem que o curso proporcionou aos discentes uma perspectiva humanista do cuidado.

[...] quando a gente fala de assistência, que vai fazer estudos de caso, as prescrições de cuidado de enfermagem, a gente nunca olha para doença só em si, a gente olha para o indivíduo como um todo, e isso faz muita diferença na formação da gente (D5).

Eu acho que é muito trabalhada a questão da empatia, da abordagem ao paciente, do trato com o paciente para valorizar as queixas [...] (D8).

A minha formação me ajudou a ter um olhar mais humano, eu cheguei na instituição com uma visão diferente do que hoje eu vejo o que é o enfermeiro. É um olhar humano, mais holístico [...] (D9).

O diferencial na formação dos discentes foi o ensino de um cuidado de enfermagem holístico, em que o foco não está na doença e sim na totalidade do sujeito, considerando a sua singularidade. Os depoimentos refletiram a importância do desenvolvimento do olhar humanista na formação e a aquisição de uma nova visão do que é ser enfermeiro. Destacam ainda a questão da empatia e a abordagem ao sujeito do cuidado.

Essa preocupação relacional abordada pelo curso de enfermagem, no âmbito do SUS/AB, é orientada pelas DCN/ENF, quando no Art.3º, inciso I salienta que o perfil do formando egresso deve ser “generalista, humanista, crítica e reflexiva” [...], “pautada em princípios éticos” [...], possibilitando identificar as “dimensões biopsicossociais dos determinantes do processo saúde-doença” [...] e promover a saúde integral do sujeito (BRASIL, 2001a). Essa é também uma característica que indica a formação de um profissional com atitudes e valores que atendem aos princípios do SUS e da AB, principalmente ao da integralidade.

Compreende-se, portanto, que o curso trabalha numa perspectiva de ver a pessoa como um ser integral, que necessita de cuidados que excedem os procedimentos técnicos e mecanizados e se estendem em cuidados relacionais (emotivos e subjetivos) como a empatia. Isto ratifica o cumprimento das DCN/ENF, que descreve em seu Art. 4º, Inciso I (sobre as competências e habilidades gerais relacionadas a Atenção à Saúde), que a “responsabilidade

da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo” (BRASIL, 2001a, p. 1).

Freire (1979, p. 9), destaca que os homens são seres do compromisso, que tem a capacidade de agir e refletir sobre si, os outros e o mundo; e que este compromisso “só existe no engajamento com a realidade, de cujas águas os homens verdadeiramente comprometidos ficam molhados, ensopados”.

Esse pensamento leva a refletir sobre a formação dos discentes quanto a sua imersão e envolvimento com o outro, que necessita do cuidado, pois o compromisso que se tem com o outro é de ofertar um cuidado holístico, que considere-o um ser que necessita de um cuidado integral, reconhecendo as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais; e ainda considerando a longitudinalidade, caracterizado pela continuidade da relação de cuidado, o vínculo e a corresponsabilização entre os profissionais e usuários, como orientado pela PNAB, nos princípios e diretrizes da AB (BRASIL, 2011).

Outro aspecto evidenciado nos depoimentos dos discentes foi referente a aproximação e/ou contato com a AB durante a formação, como pode ser observado abaixo:

Eu percebo que desde o início do curso, a gente tem um contato muito grande [...] nos é dada muita oportunidade de vivenciar a AB, em todos os períodos aqui no curso [...], de ter essa aproximação tanto teórica quanto prática, porque desde o primeiro período já é inserido no serviço realmente [...]. A gente tentar passar um pouquinho pela Atenção Básica e percebe ao longo da graduação inteira que de fato a Atenção Básica é a porta de entrada, que é um serviço que é para ser a porta de entrada para atenção, que é um serviço que a gente deve valorizar e que é muito bom [...] (D3).

Você consegue interagir com o usuário, você consegue fazer educação em saúde, você é estimulado desde o primeiro período a fazer isso, você já começa com a promoção da saúde, fazendo ações de educação em saúde (D5).

As ações que a gente faz na comunidade durante as disciplinas são importantes porque, a gente vai na comunidade, faz o diagnóstico de problema, volta para ver como a gente pode resolver, faz todo o processo de enfermagem. Eu acho que isso, esse contato, todo semestre, acaba fazendo com que a gente realmente tenha experiência suficiente na Unidade Básica, não fique só voltado para parte hospitalar (D6).

[...] eu acho que o começo e o final do curso dão base para trabalhar na Atenção Básica, tanto na prática dos estágios que a gente tem muitas no começo, promoção de saúde, aquelas ações que a gente faz e também subsídio de se enxergar como futuro profissional [...] (D4).

Eu acho que faltou mais o contato mesmo com a Atenção Básica (D11).

[...] a gente ainda teve muitas experiências com a Atenção Básica, talvez não tanta, mas foram bastantes que a gente conseguiu ter mais contato com o paciente que vai na Atenção Básica, mesmo que as vezes fosse só numa sala de espera [...] acho que as experiências que a gente teve durante a faculdade, todas elas foram boas (D12).

Os discentes expressaram o contato intenso e a oportunidade de vivenciar a AB, de forma teórica e prática, sendo inseridos nesse contexto desde os períodos iniciais do curso. A partir desse contato, conseguiram interagir com os usuários por meio das ações de educação em saúde e a partir dessas ações foi possível realizar o diagnóstico dos problemas e refletir sobre como solucioná-los. Foi pontuado que o contato semestral com a AB faz com que os estudantes tenham experiência suficientes e que não fiquem restritos ao ambiente hospitalar. Tal achado é corroborado pelo estudo de Winters, Do Prado e Heidemann (2016), que constatou que os discentes foram inseridos na realidade, com o objetivo de compreender todo o processo e discuti-lo, fazendo posteriormente uma associação entre teoria e prática.

O contato com a AB e com os usuários, referido pelos discentes, traz o entendimento de uma formação que contempla as DCN/ENF, as quais orientam a inserção do graduando na realidade dos serviços de saúde (articulação ensino-serviço), bem como evidencia a importância dessa vivência para a compreensão da AB enquanto principal porta de entrada do SUS, para a identificação, reflexão e resolução dos problemas e ainda para o desenvolvimento de ações educativas em saúde.

Os depoentes D4, D11 e D12 fizeram colocações diferentes dos demais, quando pontuaram que o início e o final do curso proporcionam a base para atuar na AB, sendo enfatizado que no começo houve um maior número de atividades práticas; que faltou um maior contato e experiências na AB, resumindo-se as vezes a realização de sala de espera. Tais apontamentos demonstram a necessidade de abordar melhor esse nível de atenção durante a formação dos discentes.

A perspectiva freireana aponta para a necessidade de se conhecer a realidade para a partir desse conhecimento refletir e agir sobre ela (FREIRE, 1996). Assim, a aproximação com o cenário da AB propicia a inserção direta na realidade, o que demonstra que oportunizar o contato dos estudantes desde os períodos iniciais, permeando toda a formação, pode provocar uma reflexão e uma visão crítica da realidade, fazendo com que tenha um maior aprendizado e autonomia.

Analisando esses depoimentos, cabe refletir sobre as atividades práticas na AB nos períodos entre o início e o final do curso. Entendeu-se que há uma pausa nessas vivências no meio do curso, o que indica a necessidade apontada pelos discentes quanto a necessidade de um maior contato e mais experiências na AB. Direcionando ao pensamento freireano, entende-se que a pausa nas vivências ou inserção na realidade da AB pode limitar a capacidade de refletir dos discentes, bem como dificultar o desenvolvimento de uma

consciência crítica, pois é por meio do conhecimento da realidade que será possível intervir sobre ela (FREIRE, 1994). Essas considerações demonstram a importância de se ofertar processos vivenciais na AB durante toda a graduação para a formação de sujeitos críticos e comprometidos com a mudança.

Os depoentes realizaram ainda comparações entre a própria formação e a formação fornecida por outras instituições de ensino.

[...] vejo meninas de outras faculdades [...] na unidade onde eu estou tem uma enfermeiranda de uma outra faculdade e em relação a AB, é muito forte a diferença (D5).

[...] comparando alguns conhecidos que se formaram em outras universidades, eu acho que a nossa ainda foca bastante nisso, ainda seria uma das melhores no cuidado [...], de preparar o aluno para Atenção Básica (D9).

Eu acho que por ser uma faculdade pública, a gente está bem voltada para Atenção Básica, [...] porque eu conversei com outras pessoas de outras faculdades e eu vejo que a Atenção Básica nem sempre é tão focada, tão bem vista dentro de um curso, porque eles estão mais nos hospitais particulares, em clínicas particulares [...]. Eu me sinto feliz por ter passado aqui na universidade, por ter essa experiência da Atenção Básica, que as vezes fica frágil em outras instituições particulares [...] (D13).

Os discentes apontaram diferenças na formação deles em comparação com a formação de estudantes de outras universidades no tocante à ênfase que é dada à AB. Consideraram que sua universidade é uma das melhores, no contexto local, em relação a preparação para atuar na AB.

Em estudo realizado por Montenegro (2010) com enfermeiros atuantes em UBS de Belo Horizonte conveniadas com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, fez-se críticas relacionadas a formação em instituições privadas, sendo afirmado que a adequação do processo ensino-aprendizagem das instituições públicas para atuar AB é maior (formação generalista com foco no SUS e na AB) do que nas privadas, sinalizando que a ênfase dada pelos cursos destas universidades é em disciplinas de âmbito hospitalar.

Ressalta-se que no Brasil, de acordo com o relatório síntese da área de Enfermagem, o ENADE do ano de 2016 contou com a participação de 722 cursos de graduação em enfermagem, destacando-se a predominância de 580 cursos de instituições privadas (80,3%) e 142 (19,7%) de instituições públicas (MEC; INEP, 2016).

Esses dados foram apresentados com a finalidade de provocar uma reflexão acerca da formação para atuar no SUS/AB, considerando o que os depoimentos trouxeram, o que é posto pela Constituição Federal no inciso III do artigo 200, que estabelece o SUS como

ordenador da formação dos recursos humanos em saúde no Brasil e o que as DCN/ENF orientam quanto a importância de uma formação voltada para o SUS.

No geral, as percepções dos discentes se apresentaram dissonantes com relação a formação para atuar no SUS e na AB. Importante observar que ao identificarem falhas na formação, pode-se perceber que, implicitamente, leva ao reconhecimento da importância da formação do enfermeiro nessa perspectiva.

Percebeu-se que a formação dos discentes permite uma vivência, desde os primeiros períodos do curso, que oportuniza uma aproximação/contato com a AB e com os usuários, propicia o desenvolvimento de um olhar holístico e empático para com o outro e se sobressai quanto a preparação para atuar na AB quando comparada a outras IES.

Todavia, os dados evidenciaram que embora a formação dos discentes pesquisados apresente avanços em relação a preparação para atuar na AB, ainda persistem traços da lógica hospitalocêntrica, sendo necessário (re)pensar o PPP, visando promover experiências de ensino-aprendizagem com múltiplas vivências na AB de modo a garantir a formação necessária para atuar nesse nível de atenção.

Tema 2: Fragilidades e potencialidades da formação para atuar na Atenção Básica

O tema contempla os depoimentos dos discentes que apontaram fragilidades e potencialidades no decorrer de sua formação, interferindo de alguma forma em sua atuação na AB durante o ECS ou podendo ainda influenciar no futuro exercício profissional.

Desdobra-se em cinco subtemas. Os três primeiros representam as fragilidades e os dois últimos as potencialidades. São eles: 1) (Des)articulação na relação teoria e prática; 2) Fragmentação e lacunas no processo ensino-aprendizagem; 3) Ações pontuais e distanciamento da realidade da Atenção Básica; 4) Conteúdo teórico e a aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica; e 5) Iniciativas inovadoras de aprendizagem na AB.

Subtema 1: (Des)articulação na relação teoria e prática

Os depoimentos dos discentes refletem a oferta de conteúdos teóricos relacionados a AB nas disciplinas e que se sobrepuseram a prática, como pode ser observado nos trechos abaixo:

[...] a gente poderia ter um pouco mais de prática no início do curso em Saúde e Sociedade, ao invés de só sala de aula (D2).

Eu senti [...] falta da prática em si. Porque a gente vê muita teoria, fica muito dentro da sala de aula e eu achei que a gente foi pouco para a unidade básica para realmente colocar em prática tudo que a gente estava aprendendo. Não é à toa que agora no meu estágio, inicialmente eu senti um pouco de dificuldade, de como comandar mesmo, de como atuar dentro da unidade básica, eu tinha o conhecimento teórico, mas eu não estava conseguindo organizar o meu serviço, o meu processo de trabalho [...]. Dentro da graduação a gente teve um bom conhecimento teórico, faltou mesmo a prática (D6).

[...] eu sei que são muitos assuntos, mas deveria aproveitar até que a universidade tem um horário integral em todas as matérias, tem carga horária de 200 horas, 220 horas, e acho que daria para trabalhar mais amarradinho a questão da teoria e levar mais para a prática, afinal a gente aprende mais na prática do que na teoria. [...] aqui na universidade, eu sinto que falta mais a nossa inserção dentro do PSF, então eu acho que a prática ainda é falha (D7).

[...] o conteúdo teórico acho que a grande maioria foi bem contemplado, agora a prática a gente não tem muita oportunidade (D12).

Eu acho que o grande problema está na teoria, a gente tem muita teoria e a prática está simplesmente se perdendo. Dentro de uma matéria, a gente chega a ter 70% de teoria e deixa a prática para o final e passa simplesmente correndo pela prática. Eu acho que na parte teórica a gente ainda ganha mais do que na prática. A teoria é importante, mas não deve se sobrepor a prática. Não quero dizer que é ruim o que a gente teve de teoria, mas eu quero dizer que quando ela se sobrepõe à prática, ela realmente prejudica o aluno, porque a gente lê uma coisa no livro e parece muito simples e fácil e quando você vai para a prática, você vê que não é. Então eu acho que se esse tempo fosse melhor dividido, pensado de outra forma ou a grade curricular de outra forma e a teoria não se sobrepondo a prática, eu acho que seria mais interessante, [...] porque a gente tá mais em sala de aula do que propriamente nas práticas. Quando se tem pouca prática, o aluno fica mais inseguro (D13).

[...] eles passam muita teoria, a gente vai para o estágio sempre acompanhado, supervisionado e não tem oportunidade para fazer muitas coisas. Jogam muita teoria as vezes, e acham que a pessoa está aprendendo ali diante do conteúdo que está sendo passado e a gente não está absorvendo tudo, tem coisas que a gente precisa vivenciar. Eu acho que a matéria que a gente mais vivenciou a prática mesmo foi Saúde Mental, porque realmente tem uma introduçãozinha, mas a gente vai logo para a prática e depois fica recorrendo às aulas. As outras matérias não, é só teoria, teoria e prova [...] e quando vai para o estágio, a teoria é muito sucinta (D14).

Os entrevistados apontaram a ênfase na teoria e indicaram a necessidade de mais atividades práticas nas UBS no início do curso, considerada uma falha, tendo disciplinas que contemplaram, em sua maioria, aulas teóricas. Enfatizaram a grande oferta de conteúdo teórico e a pouca oferta de prática que geraram certa dificuldade de atuação durante o ECS, com a sugestão de uma maior oferta de atividades práticas para melhor aproveitamento da carga horária. A teoria foi assinalada como um problema por se sobrepor a prática, o que na visão de D13 prejudica o estudante.

Importante destacar o depoimento de um discente sobre a disciplina de Saúde Mental, sendo diferenciada das demais por propiciar um equilíbrio entre o conteúdo teórico e a prática. Destacou que as outras disciplinas se resumiram em conteúdos teóricos e provas para avaliar o aprendizado.

Os discentes relataram que como tiveram pouca experiência em UBS, ao iniciar o ECS, depararam-se com a desarticulação teórico-prática e sentiram dificuldades de atuar neste cenário. Segundo o depoente D13, como foi vista muita teoria e não foi ofertada prática suficiente para aplicar o que foi aprendido, sentiu-se prejudicado por encontrar modos de fazer distintos dos que aprendeu durante as aulas, nos livros e nos manuais, o que gerou insegurança.

O conhecimento teórico sem a prática se torna vago, exige um complemento e a aplicabilidade dessa teoria é o que propicia experiência e desenvolve a consciência crítico-reflexiva sobre o fazer de enfermagem. Neste sentido, Menezes, Santiago (2014, p. 57) assinalam que “os conteúdos precisam ser problematizados em um processo dinâmico e dialógico com as situações da vida, na realidade concreta”, com o objetivo de analisar com criticidade essa realidade para assim identificar e compreender as diversas situações e formular soluções exequíveis.

Outro aspecto considerado pelos discentes foi referente a diferença entre o que se vê na teoria e o que se vivencia na prática do serviço, como demonstrado nos relatos abaixo:

[...] a gente teve a teoria e você vai para prática e vê que não funciona daquele jeito. E agora no último ano a gente vê que tem coisas na teoria que não se aplica [...] seria ótimo que fosse tudo como está nos manuais, nos livros, mas não é bem assim, e aí a gente se sente um pouco perdido (D7).

[...] eu percebo que tem uma diferença do conhecimento teórico da graduação para o que a gente vê na prática (D9).

Observou-se que houve uma desarticulação/incoerência entre os assuntos que foram aprendidos em sala de aula com o que foi encontrado pelos discentes nos campos de prática, onde aplicaram esses conhecimentos.

Tal achado evidencia a importância e necessidade de vincular prática e teoria em um contínuo movimento dialético de ação-reflexão-ação, de agir-refletir-agir-transformar. É neste movimento que o saber é construído. Freire (1979, p. 8) enfatiza que a “ação e reflexão são constituintes inseparáveis da práxis, é a maneira humana de existir”. Defende ainda que o homem e o mundo estão interligados, não há este sem aquele, assim como “não pode haver

reflexão e ação fora da relação homem-realidade. Esta relação (...) implica a transformação do mundo, cujo produto, por sua vez, condiciona ambas, ação e reflexão”.

Além desse desencontro teórico-prático, os depoentes mencionaram a inexistência da abordagem de alguns assuntos nas disciplinas.

[...] a gente passa por algumas disciplinas que você aprende algumas coisas vai lá e executa, mas quando você está no dia a dia você se depara com muitas outras coisas que a gente não aprende no curso, só vai aprender realmente convivendo, na experiência, praticando (D8).

Com relação aos conteúdos teóricos, a Atenção Básica é um mundo. Porque tudo que a gente viu durante a faculdade [...], tem coisas até que a gente não vê, que a gente se depara muitas vezes durante o estágio (D12).

Evidenciou-se por meio dos depoimentos que alguns assuntos não foram ministrados durante as aulas de determinadas disciplinas e foram vistos apenas com a realização da prática no serviço, o que pode ter limitado ou dificultado no desenvolvimento de atividades específicas pelos discentes.

Para Valença (2011, p. 46), “ao se trabalhar somente a prática, o indivíduo torna-se um ativista; ao articular teoria e prática, o indivíduo procura exercer a práxis, isto é, a prática refletida e transformadora”. Assim, os estudantes necessitam (re)conhecer o SUS, buscando nesta realidade se aproximar da população, sendo sensível para perceber e agir nos mais variados e complexos problemas de saúde.

Dos 14 participantes deste estudo, oito fizeram apontamentos quanto a desarticulação e desequilíbrio entre a teoria e a prática, foi possível notar a inquietação quanto a essa problemática, bem como o anseio por uma adequação. Os depoimentos demonstraram a existência de muita teoria tanto nos períodos iniciais como durante toda a graduação, restringindo o discente ao ambiente universitário, a sala de aula, e não oportunizando o processo vivencial no contexto da AB, sendo posta como uma fragilidade do curso.

Foi notado ainda que a fragilidade não se restringe apenas a sobreposição da teoria à prática, havendo incoerências. Uma, referente ao que foi aprendido na teoria e não foi vivenciado na prática e outra relativa ao que não foi visto teoricamente, mas foi encontrado nos campos de estágios.

Fernandes et al. (2013) ponderaram em sua pesquisa realizada com discentes de enfermagem de quatro IES, públicas e privadas, de uma cidade da região nordeste do Brasil, que durante a formação, considerada como basicamente teórica, houve um distanciamento entre a teoria e as atividades práticas, sendo enfatizado que a realidade do serviço, quando

vivenciada, foi muito diferente do que foi visto teoricamente. Outro estudo evidenciou que, na perspectiva de egressos, a parte teórica tem a sua importância, porém é menor do que a parte prática, sendo sugerido mais estágios e acompanhamentos, objetivando melhorar a qualidade da formação dos enfermeiros (MEIRA; KURCGANT, 2008).

Diante das colocações, analisou-se que a teoria se sobrepôs à prática, mostrou-se incoerente com a realidade encontrada e em alguns casos não chegou a ser abordada. Com isso, faz-se necessário provocar mudanças no currículo para que o foco seja no processo vivencial dentro das UBS ao longo de toda a graduação; e promover o equilíbrio na relação entre o conhecimento teórico e prático, o que conseqüentemente pode aumentar a integração ensino-serviço e propiciar aos discentes um sólido alicerce para atuarem com segurança na AB, seja durante o ECS e/ou enquanto profissional formado.

Esse equilíbrio no ensino de enfermagem implica em atos pedagógicos extramuros, que deixem as salas de aula e adentrem onde o fazer acontece, onde ocorre a produção do cuidado, nos espaços de atenção à saúde, fazendo com que o mundo do ensino em enfermagem se aproxime do mundo do trabalho do enfermeiro (SILVA et al., 2010).

Neste sentido, considera-se fundamental propiciar a aproximação entre a teoria e a prática, entre o ideal e o real, pois a partir da inserção na realidade se torna possível refletir sobre os desafios encontrados e desenvolver a consciência crítica que é indagadora e dialógica (FREIRE, 2001; 1979). Uma formação que não propicia essa aproximação pode ser tornar essencialmente teórica, comprometendo a atuação profissional pela insegurança de não ter vivenciado as situações reais.

Esse argumento encontra mais um fundamento nos depoimentos subsequentes, que refletem acerca do hiato temporal nas experiências de aprendizagem na AB no decorrer da formação acadêmica, com o elevado número de experiências nos primeiros períodos e um declínio acentuado a partir da metade do curso acompanhado da elevação de vivências no ambiente hospitalar.

[...] a gente ia bastante para a unidade básica no primeiro e segundo período (D1).

[...] logo no começo do curso a gente tem esse arcabouço teórico de toda a Atenção Básica de leis, de portarias, de tudo [...] e acaba que se perde um pouquinho quando a gente entra na parte assistência e aí volta tudo à tona no estágio do último ano (D3).

O curso oferece experiência na Atenção Básica, só que tem uma quebra no meio, que a gente no meio da faculdade fica mais ligada ao hospital, a pegar todas as clínicas, a parte de biologia, de medicação (D4).

[...] a gente tem essa aproximação muito forte da Atenção Básica, principalmente quando se fala em primeiro e último período (D5).

No começo da faculdade a gente vê mais a unidade básica de saúde, só que a gente vê mais ou menos até o terceiro período, a partir disso a gente vê só aquele montante da parte hospitalar. Então quando a gente foi para o hospital no estágio no período passado, foi tudo ok, eu não senti dificuldade nenhuma, porque a gente estava lá no hospital sempre, todo período, a cada matéria a gente estava lá, mas já quando a gente foi para a unidade básica de saúde eu nem lembrava mais como era, porque teve aquele intervalo muito grande [...] eu nem sabia se eu gostava mais da unidade básica de saúde, porque eu não lembrava mais. Eu acho que tem um vão muito grande entre o que é visto de AB no início e realmente o nosso estágio do último ano (D11).

O começo do curso era muito voltado para a Atenção Básica, aí do meio para cá veio mais a parte hospitalar, por isso que no começo eu não senti muita dificuldade, mas do meio para o final eles realmente puxam mais para a parte hospitalar, só para a unidade hospitalar mesmo. Eu acho que deveria focar mais na unidade básica, no caso do meio para o final e não só no hospitalar. A primeira parte é só voltado para a unidade básica, tudo é unidade básica, depois só para a hospitalar (D14).

Segundo os relatos, o contato com a AB ocorreu principalmente nos dois primeiros e último períodos do curso. O início foi marcado pela presença de uma grande carga teórica sobre a AB, leis e portarias, apresentando uma posterior pausa e retornando no último ano do curso, com a chegada do ECS. Essa pausa ou quebra, como nomeada pelos estudantes, sucedeu-se mais ou menos na metade do curso, sendo identificada a partir desse momento uma maior quantidade de experiências no ambiente hospitalar. Sendo a vivência hospitalar maior do que na AB, em que a cada disciplina era ofertada a prática hospitalar, os discentes não sentiram dificuldade durante o ECS neste cenário, porém durante o ECS na AB alegaram o oposto, pois tiveram um grande intervalo entre a teoria e o estágio em si.

Os assuntos sobre a AB foram ministrados logo no início do curso e depois houve um considerável intervalo até a realização das práticas nas UBS, sendo que neste intervalo os conteúdos teóricos e as práticas em unidade hospitalar aumentaram significativamente, o que provocou um distanciamento teórico-prático da AB, dificultando a atuação dos discentes durante o ECS nas UBS.

Assim, destaca-se a necessidade de problematizar o ensino-aprendizagem desses discentes com a aproximação do ensino (teoria) da realidade (prática) e articulação destes, o que permite a construção crítica de um conhecimento que passa a ser sólido e contextualizado, tornando o futuro profissional da saúde capacitado para atuar nos mais diversos contextos (MORETTI-PIRES, 2012).

Observou-se a partir de alguns depoimentos que o curso parece, ainda, enfatizar experiências de ensino-aprendizagem no contexto hospitalar, e por isso não houve dificuldade

para atuar nesse nível de atenção, sendo que o mesmo não ocorreu no contexto da AB, supondo-se que foi devido ao hiato temporal nas vivências teóricas e práticas.

Tais achados encontram apoio nas DCN/ENF, a qual explicita em seu Art. 14, Inciso II, que os cursos de graduação em enfermagem devem prever em seus currículos a oferta de atividades teóricas e práticas, de forma integrada, **desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro** (BRASIL, 2001a). Desse modo, observou-se mais uma fragilidade na formação desses discentes, a qual deve ser analisada pelo curso de enfermagem e pensada de forma a contemplar o equilíbrio entre a oferta de oportunidades de aprendizagem no âmbito hospitalar e na AB, propiciando aos discentes cenários diversificados em que possam ser capazes de atuar com segurança no nível de atenção à saúde que se constitui a essência do SUS.

Scocuglia (2005), fundamentando-se em Freire, destaca elementos importantes para a construção de currículos, tais como o conhecimento, a consciência crítica da realidade e a prática dialógica, que são caracterizados pelo direito que os sujeitos têm de conhecer o que não conhecem, de conhecer melhor o que já conhecem e ainda de construir o seu próprio conhecimento. Dessa forma, entende-se que para a construção do próprio conhecimento, o discente necessita ser inserido na realidade para que com ela possa dialogar e assim desenvolver a consciência crítica.

Além do hiato temporal nas experiências de aprendizagem na AB, alguns depoimentos refletiram ainda o pouco tempo dedicado para a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos na prática.

[...] eu sinto que é reduzida a carga horária para Atenção Básica, a gente vai uma semana, o que é que você aprende em uma semana? Você não tem oportunidade. As vezes cobra de a gente chegar no final do curso com habilidades que a gente não teve a oportunidade (D7).

A gente vai para a Atenção Básica, mas eu acho que as vezes o tempo é curto, as vezes está a sala toda, todo mundo tem que se dividir para fazer, as vezes nem todo mundo tem oportunidade de fazer a mesma coisa, só um faz e o outro não tem a mesma oportunidade. O tempo que a gente passa na prática, talvez seja pouco. Quando a gente estava nas disciplinas, era só uma manhã na unidade ou as vezes até menos e pronto (D12).

Eu tive matérias que eu tive três dias de prática, isso não é prática [...] (D13).

Nos trechos, os discentes acreditam que o tempo que eles têm para a realização das práticas durante as disciplinas são insuficientes, pois muitas vezes precisam dividir as oportunidades de técnicas ou procedimentos com os demais colegas o que acaba por prejudicar o aprendizado, visto que nem todos conseguem treinar tudo na UBS.

Notou-se a necessidade disponibilização pelo curso de uma maior quantidade de cenários de prática para que as vivências possam ocorrer com um menor número de estudantes, o que poderá contribuir para que todos possam treinar um maior número de procedimentos possível; bem como a necessidade de (re)discutir a carga horária das práticas destinadas as disciplinas. É por meio da prática que há o entendimento de como funciona a sociedade. A teoria sem a prática é um conhecimento que pode ser esquecido, ambas são inseparáveis e por meio de sua relação se tornam a práxis autêntica, na qual os sujeitos podem refletir sobre a ação e alcançar uma educação libertadora (FREIRE, 1994).

Colenci e Berti (2012) assinalaram críticas em relação a formação profissional, em que os egressos do curso de enfermagem afirmaram a carência de atividades prática durante a graduação, bem como enfatizaram o pouco tempo destinado à estas, o que restringiu os estágios impossibilitando conhecer realmente o processo de trabalho do enfermeiro.

As fragilidades referentes às oportunidades práticas de aprendizagem continuam sendo pontuadas pelos discentes, porém de forma mais específica, sendo relativas aos procedimentos que o enfermeiro da AB realiza em seu cotidiano de trabalho.

Chama a atenção nos depoimentos que a desarticulação teoria-prática está voltada para áreas específicas e muito presentes no cotidiano de trabalho do enfermeiro da AB, como refletem os trechos abaixo:

[...] puericultura, a gente passou por saúde da criança, mas a gente não foi para a Atenção Básica fazer puericultura, só viu a parte hospitalar (D1)

[...] o que faltou mais, foi relacionado às crianças [...] eu senti dificuldade na puericultura, porque a matéria de saúde da criança tem pouca a prática, é o mundo da criança em seis meses. Foi onde eu senti mais dificuldade, foi com as crianças, eu acho que foi a falha (D4).

Eu acho que faltou prática com hipertensos e diabéticos, pelo menos foi a minha limitação [...] trabalhar com hipertensos e diabéticos, saber, de fato, como é que eu posso prestar uma assistência adequada a esse público (D5).

[...] consulta de hiperdia foi uma coisa que ficou muito fraca para mim na graduação, porque durante a faculdade eu não tive essa experiência, transcrição de receita e toda essa visão de diabético e hipertenso, eu nunca vi. Eu não sabia fazer uma receita de hipertenso, a enfermeira chegou e disse “faça a receita”, eu disse: “Não sei fazer, sou sincera”. Então, eu não vou fazer uma coisa que nunca tive experiência ou fazer errado. Outra coisa falha também na graduação, pra PSF, foi puericultura, que todos não vivenciaram na prática (D7).

[...] a questão da puericultura a gente praticamente não vê, nós não vimos na universidade, é você chegar lá e começar a executar pelo que você estudou, teoricamente, mas sem nenhuma prática prévia, a puericultura é uma lacuna, realmente (D8).

[...] puericultura foi algo que eu senti bastante falta durante a graduação, a gente tem a matéria de saúde da criança, mas eu senti falta de ver mais sobre a puericultura. hiperdia, saúde reprodutiva são tópicos que tem bastante na Atenção Básica, e que não são vistos com tanta ênfase durante a graduação, é bem superficial, se comparado a aplicação que tem na prática do estágio no último ano e enquanto enfermeiro um dia (D9).

[...] a gente teve a aula de puericultura, mas a gente não foi fazer na prática (D11).

[...] eu cheguei no meu estágio e tinha feito uma citologia só e eu nunca fiz puericultura, fui fazer no estágio já, então isso deixa a gente bem inseguros na hora (D13).

Foi pontuada a oferta teórica de assuntos relacionados a saúde da criança, porém a prática só foi oportunizada na área hospitalar, o que na visão dos depoentes foi uma falha/lacuna que dificultou a atuação no ECS. Foi mencionada a insuficiência de atividades práticas com hipertensos, diabéticos e na saúde reprodutiva, incluindo citologia, o que interferiu no conhecimento de como prestar uma assistência qualificada a este público.

A análise das falas permitiu compreender que houve limitação ou até mesmo ausência de práticas relacionadas à grupos específicos tais como hipertensos, diabéticos e crianças, que na AB são conhecidas, respectivamente, como consultas de HIPERDIA e puericultura, o que segundo alguns relatos resultaram em dificuldades e insegurança. As dúvidas quanto à assistência a esses grupos, abrangiam desde a consulta em si até a prescrição/transcrição de medicamentos, como evidenciado no depoimento de D7. Os depoentes ressaltaram que as temáticas foram abordadas teoricamente, porém não foram oportunizadas vivências na AB para aplicar os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Ao contrário da limitação encontrada nas áreas anteriormente citadas, alguns depoimentos apontaram para a ênfase em outras áreas de atuação.

[...] saúde da mulher a gente sai daqui formada nisso, saúde do adulto e idoso também a gente tem muito (D4).

Saúde da mulher foi a que mais realmente a gente teve um campo de prática (D7).

Os discentes destacaram uma maior oferta de oportunidades de aprendizagem na área de Saúde do Adulto e Idoso e da Mulher. Tal achado se assemelha com a pesquisa realizada por Barlem, J. et al. (2012) que identificaram lacunas no processo formativo relacionadas as oportunidades de aprendizagem predominante de uma prática específica em detrimento de outras, em que houve mais prática referente à Saúde do Adulto, com afirmações que o curso direcionou e preparou mais para atuar com esse público. Porém, os estudantes assinalaram

fragilidade na área de saúde da criança, apontando a necessidade de uma vivência com esse público.

Nesse aspecto, as DCN/ENF recomendam em seu Art. 6º os conteúdos essenciais e especificamente no Inciso III-b destaca que os assuntos relativos à assistência de enfermagem, devem ser trabalhados em nível individual e coletivo e contemplando a criança, o adolescente, o adulto, a mulher e o idoso [...] e ressalta que devem ser abordados na teoria e na prática, sem distinção entre elas (BRASIL, 2001a).

Esse trecho clarifica a responsabilidade que têm os cursos de graduação em enfermagem em oferecer aos seus acadêmicos conteúdos que envolvam todos os ciclos de vida/grupos e ainda propiciar o equilíbrio entre a teoria e a prática, sem a supervalorização dos conteúdos teóricos, pois segundo Brito, F. (2017, p. 73), estes “se incorporam aos práticos, e vice-versa. E assim, a experiência de aprendizagem pode se materializar, tornando-se concreta e significativa para o estudante, que vê sentido nela”.

Subtema 2: Ações pontuais e distanciamento da realidade da Atenção Básica

Os relatos a seguir apontam limitações no processo de ensino-aprendizagem referentes às atividades práticas desenvolvidas na AB ao longo da formação.

A oportunidade foi muito fraca, porque o que a gente viu de Atenção Básica foi mais no início do curso e eu lembro de ter sido muito voltado para sala de espera e o conteúdo feito através de síntese, cada um fazia uma síntese, sobre dengue, tuberculose, hanseníase e não fica muito bem. Nos primeiros períodos poderia ser diferente, não precisava ficar só fazendo sala de espera, por que não a gente conhecer mesmo a rotina da Atenção Básica? A gente não vivencia, a gente passa pela enfermeira para ela conversar com a gente, a gente não fica no dia a dia lá. O que a gente teve de experiência na Atenção Básica mais, de ter contato mesmo com o paciente, foi sala de espera e fazer o perfil epidemiológico. Então, eu nunca nem gostei de Atenção Básica, justamente pela pouca experiência que a gente tinha até chegar no 10º período (D1).

Eu acho que no início do curso, a gente deveria ter pelo menos uma vivência na unidade básica, não apenas conhecer, eu só conheci como funcionava a unidade, mas depois a gente começa a ver que tem um monte de problema lá para resolver e você tem que resolver, que as vezes joga para o enfermeiro e é com o enfermeiro e pronto. Acho que a gente deveria vivenciar, mesmo que seja simples, ficar um dia na unidade para acompanhar a demanda, eu acho que já ajudaria e não só ir na unidade pontualmente fazer uma ação e voltar para Escola (D2).

[...] quando a gente ia para as práticas na Unidade Básica eram situações pontuais sabe, a gente tipo não tinha a vivência de como atuar realmente ali naquele local como futura enfermeira mesmo (D6).

[...] a gente vai para as práticas, só que, você tem sala de espera, você realmente não se insere na realidade do PSF, você vê uma coisa ou outra separadamente. A gente

ia, fazia sala de espera, conhecia a unidade, conhecia o trabalho de cada profissional, mas nunca a gente tinha oportunidade de fazer uma consulta com a enfermeira dentro do PSF, não teve a vivência de fazer (D7).

[...] nas disciplinas se a gente estava vendo saúde do adulto e do idoso e a gente aprendia exame físico, ia para a unidade hospitalar para fazer exame físico, a gente não ia para a unidade básica, então eu acho que falta isso também com o PSF (D11).

Eu acho que faltou mais realmente sair um pouquinho só da sala de espera e a gente fazer outras coisas, acompanhar o que o enfermeiro faz (D12).

Se tivesse mais prática no início, porque a gente fica muito frágil no início (D13).

Quando questionados sobre as oportunidades de aprendizagem referentes à AB, os depoentes consideraram a oferta deficiente, sendo mais presente no início do curso. Deram ênfase ao fato de ir para a unidade apenas em situações pontuais, para a realização de salas de espera e sínteses sobre agravos e doenças, para conhecer a estrutura e o funcionamento das UBS e para fazer o levantamento do perfil epidemiológico da população, sendo que posteriormente, voltavam para a universidade. Enfatizaram o desejo de conhecer melhor a UBS, de vivenciar de fato a rotina desse serviço e de acompanhar o enfermeiro em seu processo de trabalho.

Foi colocado pelo discente D11 que durante a graduação, quando um assunto era ministrado em uma determinada disciplina, ocorria em sequência o treinamento/prática na unidade hospitalar, porém o mesmo não acontecia quando se tratava da AB, ficando limitado a teoria.

Evidenciou-se a necessidade de ofertar oportunidades vivenciais na AB em todos os períodos, principalmente no início do curso e que essas práticas sejam mais abrangentes, não se restringindo apenas a ações pontuais, mas propiciando o acompanhamento do enfermeiro em seu processo de trabalho, principalmente nos atendimentos/consultas que esse profissional realiza. Tais considerações ressaltam a necessidade que os discentes percebem pela prática, por estarem inseridos na realidade do serviço da AB.

Tais considerações condizem com o pensamento freireano, pois o ato de problematizar é um ato dialético, ou seja, é dialogar com a realidade e nesta relação de dialogicidade o sujeito se compromete com esse processo. A perspectiva problematizadora é autenticamente reflexiva e implica no constante ato de desvelamento da realidade, busca a emersão das consciências que resulta na inserção crítica dentro da realidade (FREIRE, 1996, 1994). Assim, a teoria e a prática estão inter-relacionadas, pois a partir do momento que o estudante é

inserido na realidade, terá a oportunidade de observar as situações e refletir criticamente e desenvolver a capacidade de intervir com uma ação transformadora.

Quando o discente D1, no final de sua fala enfatiza “*eu nunca nem gostei de Atenção Básica, justamente pela pouca experiência que a gente tinha até chegar no 10º período*”, compreendeu-se que durante a graduação, ou melhor, durante os nove períodos, as oportunidades de inserção nos cenários de prática da AB foram insuficientes, apresentando uma melhora quando alcançou o último período, em que vivenciou o ECS.

As novas DCN dos cursos de graduação em saúde se assemelham às ideias de Freire quando enfatizam a importância de integrar o mundo do trabalho ao mundo da educação, visto que essa aproximação influencia em um aprendizado baseado na reflexão das práticas, na realidade do trabalho em saúde. Reiteram que por esse motivo, a inserção dos discentes deve ocorrer em campos de práticas diversificados, desde o início da formação, com vistas a romper a separação teoria-prática (BRASIL, 2017a).

A inquietação quanto à fragilidade da formação com relação as oportunidades/cenários de aprendizagem voltados para a AB pode ainda ser demonstrada no trecho que segue:

[...] eu acho que em alguns momentos da minha vida acadêmica, essa parte voltada para a Atenção Básica foi realmente negligenciada, entendeu? Em parte, pela Escola mesmo, pelos campos, pela falta de atualização dos professores, porque a gente pega os manuais mais novos do Ministério da Saúde e vê uma coisa totalmente contrária do que está sendo falado por eles, pelo material que a gente não tinha aqui no laboratório para treinar[...] ele é muito antigo, muito defasado, a gente tem bonecos muito antigos e não dá para treinar uma citologia, por exemplo. Você tem que ir para a prática e já ver isso direto na prática. Talvez, fosse bom a gente ter modelos aqui que a gente pudesse praticar [...] (D13).

O discente pontuou fragilidades referentes aos cenários de prática, à desatualização do corpo docente, à infraestrutura e materiais antigos do laboratório para o treino antes de ir para a situação real (UBS).

Sendo o laboratório de enfermagem uma oportunidade de simular a situação real, a pesquisa de Brito, F. (2017, p.101) realizada em duas IES, uma pública e outra privada, na capital de Alagoas, nos laboratórios de enfermagem, corrobora com o achado, sendo que um desses laboratórios pertence a mesma IES do presente estudo. O resultado da pesquisa apontou para as condições precárias do laboratório, o qual demonstrou que essa precariedade traz para os professores insatisfação por não condizer com a realidade, ou seja, o laboratório de enfermagem deveria ter semelhança com o contexto do serviço de saúde. Segundo a

autora, o laboratório “não deve estar aquém, nem além”, quanto maior for a diferença do laboratório da realidade dos serviços, maior será a dicotomia entre a teoria e a prática.

Salienta-se que cada aspecto colocado pelo discente implica em uma fragilidade nas oportunidades ou cenários de aprendizagem ofertados pelo curso no decorrer de sua formação, sendo notória a necessidade de refletir juntos (coordenação, corpo docente, discentes e demais envolvidos) as diferentes possibilidades de inovação, sendo esta uma proposta democrática, propiciando ao discente, enfermeiro do amanhã, ricas e diferenciadas oportunidades de aprendizagem para atuar na AB com o perfil profissional recomendado pelas DCN/ENF.

Cabe, ainda, argumentar quanto à organização do laboratório para que seja adaptado ao serviço da AB e não contemplar apenas o ambiente hospitalar, pois o laboratório pode oferecer treino das práticas que são executadas na AB e a partir disso auxiliar aos discentes no desenvolvimento de segurança para atuar na realidade desse serviço. Essa consideração pode ser corroborada ainda pela pesquisa de Brito, F. (2017) que identificou nos dois laboratórios pesquisados características hospitalocêntricas, sendo que um deles possuía um espaço físico ocioso para atividades relativas a AB. Todavia, o outro laboratório não contava com espaço físico destinado ao treinamento de atividades inerentes da AB, mas havia o anseio dos docentes para essa adequação.

Quanto à crítica sobre a desatualização do corpo docente, faz-se necessário refletir sobre as possibilidades de proporcionar momentos/cursos para discussão e atualização dos educadores para assim atender as demandas/necessidades dos estudantes.

Subtema 3: Fragmentação e lacunas no processo ensino-aprendizagem

Alguns depoimentos revelaram que durante a graduação os assuntos foram vistos de forma fragmentada e devido a isso houve dificuldade em condensar todos os assuntos e aplicar no último ano de ECS, como pode ser constatado nos trechos abaixo:

Foi fragmentado, por exemplo, saúde da mulher a gente ia para a Atenção Básica para fazer só o pré-natal, ou então só a citologia (D1).

[...] os estágios sempre eram assim, saúde da criança só criança, saúde da mulher só mulher, saúde do idoso só idoso, normalmente na faculdade é assim, a gente vê destrinchado (D4).

[...] a gente vê as coisas muito fragmentadas aqui dentro da escola, você vê Saúde Coletiva, você vê Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adulto e do Idoso, tudo muito fragmentado (D5).

Saúde da Mulher a gente só via mulher, bem direcionado para o exame obstétrico, saúde do adulto e do idoso, só idoso [...] e quando você vai chegando no final do curso é meio complicado você juntar tudo isso na sua cabeça sabe, ver que tudo que você aprendeu na graduação vai ter que aplicar ali, no caso no estágio final, de uma vez só (D6).

[...] quando a gente vai para a Atenção Básica, a gente tem algumas oportunidades muito pontuais, por exemplo, se está em saúde da mulher você aprende citologia, você vai lá e faz citologia, você aprende pré-natal vai lá fazer pré-natal, só quando a gente está no estágio de forma contínua, a gente se depara com muita coisa que a gente não viu, que não foi preparado para ver (D8).

A problemática encontrada a partir da análise dos depoimentos foi com relação à fragmentação no ensino-aprendizagem, pois pode direcionar para uma formação repartida e conseqüentemente formar profissionais que ofertem uma assistência igualmente fragmentada, na qual a ênfase será na doença, naquele problema específico de saúde, naquela parte específica do corpo humano, o que demonstra semelhança ao modelo hospitalocêntrico, o qual não se preocupa em enxergar aquela pessoa de forma integral e holística.

A educação flexneriana, aquela em que o cuidado é centrado na doença, não é condizente com os atuais desafios, por ser considerada fragmentada, focada em realidades demográficas e epidemiológicas primitivas e despreocupada com a formação de profissionais capazes para enfrentar os reais e diferentes problemas de saúde contemporâneos (MENDES et al., 2016). Esse tipo de formação do profissional enfermeiro se opõe a tudo o que foi discutido e defendido ao longo desse trabalho, no qual o foco deve ser uma formação generalista, humanista, considerando as necessidades da população, que atenda às DCN/ENF e aos princípios do SUS, tendo como essência a AB.

Menezes, Santiago (2014, p. 56) afirmam que os conteúdos ofertados pelos cursos não podem ser pedaços de uma realidade, desconectados da totalidade. Por isso, torna-se importante um currículo que apresente propostas para trabalhar com os estudantes “situações significativas de sua realidade cuja análise crítica permita reconhecer a interação de suas partes, e possam compreender a totalidade, e os conteúdos ganhem significado.

O depoimento abaixo assinala a necessidade de oportunidades de aprendizagem em diferentes contextos, com vistas a ampliação dos conhecimentos e da formação, gerando conseqüentemente uma maior preparação ao final da graduação. Destacou ainda a limitação no aprendizado quando o ensino-aprendizagem se baseia apenas aulas teóricas, sem estar inserido na realidade.

[...] sem incentivo não tem muito o que se fazer, então a gente precisa que seja oferecido e que nos seja dada a oportunidades de ampliar os conhecimentos de,

alimentar a formação mesmo. Quanto mais a gente tiver oportunidade de estar inserido em outros contextos e não ficar isolado só aqui, melhor. Só com as aulas, limita muito. Então a gente deve sempre buscar, ampliar os horizontes e buscar outras coisas e se isso é fornecido, claramente a gente vai conseguir ter uma bagagem maior para chegar no final do curso e se sentir realmente mais preparado do que era para poder atuar (D3).

Percebeu-se a necessidade posta pelo discente de o curso oportunizar a inserção dos discentes nos diferentes cenários para o fortalecimento da formação e ainda uma melhor preparação para o ECS e para a atuação futura no mundo do trabalho.

Um depoente pontuou lacunas acerca de disciplinas que considera importante durante a formação no âmbito da AB.

[...] um dos déficits da graduação e que eu senti falta, foi a disciplina de libras, que eu acho muito importante e deveria ser uma matéria obrigatória. Fiquei surpresa quando eu vi que tinha uma eletiva de libras, mas que era uma eletiva-fantasma, e isso é outra fragilidade do nosso curso, as eletivas-fantasma (D9).

[...] disciplina de primeiros socorros existe logo no começo da graduação, mas eu acho que para a formação do enfermeiro ela é dada de uma forma muito simples, sem prática, muito superficial. Eu acho que realmente tem essa separação entre primeiros socorros e o enfermeiro da Atenção Básica, é como se primeiros socorros não fizessem parte também da formação do enfermeiro, da assistência na Atenção Básica (D9).

[...] a disciplina de farmacologia é muito boa por sinal, mas é uma farmacologia geral, não é voltada para o enfermeiro, tanto que nem é ministrada por um enfermeiro. Então assim, eu sinto falta de a gente saber reconhecer quais são aquelas próprias, aquelas específicas que o enfermeiro pode estar prescrevendo, como prescrever, a posologia. Então eu sinto bastante falta disso, eu acho que isso deveria ser trabalhado melhor na graduação (D9).

As disciplinas da Libras (Língua Brasileira de Sinais), Primeiros Socorros e Farmacologia são enfatizadas como importantes no currículo, principalmente com o foco para AB. A discente expressou críticas referentes a disciplina de Libras, por ela estar disponível como eletiva e não ser de fato ofertada; a disciplina de Primeiros Socorros que foi ofertada no início do curso, porém de forma muito sucinta e desarticulada do âmbito da AB; e a disciplina de Farmacologia, que na perspectiva do discente poderia ser ministrada por enfermeiro e ainda ser dada ênfase nas medicações que o enfermeiro da AB pode e deve estar prescrevendo.

Uma investigação realizada com equipes multiprofissionais atuantes em UBS, identificou um déficit de conhecimentos para consultar pessoas com surdez severa. Os profissionais alegaram que não obtiveram, durante a graduação, o preparo adequado para

diagnosticar problemas de saúde e interagir com o sujeito do cuidado (FRANÇA, et al., 2016).

O depoente faz uma crítica forte à não oferta da disciplina da Libras quando comenta que outra fragilidade do curso são as “eletivas-fantasma”. Tal apontamento traz uma reflexão sobre como estão sendo pensadas e quais os objetivos reais das disciplinas eletivas no curso e ainda demonstra uma séria lacuna, pois o discente se depara com a divulgação da oferta de uma disciplina não factível.

As DCN/ENF não explicitam especificamente esta disciplina, porém orienta que os PPP sejam construídos objetivando a formação de profissionais para o exercício das competências e habilidades gerais, destacando-se, nesse caso, a comunicação. Além disso, o curso deve garantir que esta formação atenda às necessidades sociais da saúde (BRASIL, 2001a).

Com isso, as colocações do discente provoca reflexão acerca da necessidade de inserir no PPP, disciplinas/conteúdos/práticas que contemplem a inclusão social, a multi/interculturalidade, as ações afirmativas, enfim, que abordem as políticas públicas pensadas e elaboradas para populações com necessidades específicas, como para pessoas negras, LGBT, pessoas com deficiências, pessoas do campo e da floresta, entre outras. A inserção desses conteúdos pode contribuir para melhorias no currículo do curso estudado, visto que durante a graduação o estudante deve ter um processo de ensino-aprendizagem que considere os princípios do SUS e a diversidade da população brasileira para prestar um cuidado integral e equânime.

A inclusão dessas temáticas vai além da inserção nos PPP, trata-se de discutir as diversas políticas públicas em sala de aula, coletivamente, com estudantes que se veem ou fazem parte de um desses grupos, considerando que o PNE vigente tem como uma de suas estratégias “ampliar a participação proporcional de grupos historicamente desfavorecidos na educação superior, inclusive mediante a adoção de políticas afirmativas, na forma da lei” (BRASIL, 2014, p. 11). Outro aspecto a ser considerado é que os estudantes podem se deparar com esses grupos específicos durante as atividades práticas no decorrer do curso ou enquanto enfermeiros e saberão como prestar uma assistência qualificada.

Nesta perspectiva, pensa-se que inserir essas novas realidades e necessidades da população no ambiente universitário é considerar que “[...] a sala de aula libertadora é exigente, e não permissiva. Exige que você pense sobre as questões, escreva sobre elas, discuta-as seriamente” (SHOR; FREIRE, 1986, p. 22).

Quanto à disciplina de primeiros socorros, percebeu-se a necessidade de uma melhor abordagem, com o aumento da carga horária, a melhor distribuição no decorrer da graduação e articulação teórico-prática, priorizando o contexto da AB, considerando a importância desse conhecimento para a formação do enfermeiro e ainda objetivando atender ao recomendado pela Política Nacional de Atenção às Urgências que orienta o atendimento Pré-Hospitalar fixo, sendo este prestado no primeiro nível de atenção, na AB, “aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte”, até que seja providenciado atendimento ou transporte apropriado para a transferência ao serviço de saúde hierarquizado (BRASIL, 2006, p. 66).

Um estudo realizado com enfermeiros do serviço público de atendimento pré-hospitalar da cidade de Porto Alegre, evidenciou que houve lacunas referentes a disciplina de primeiros socorros na formação destes profissionais, lacuna tanto teórica quanto prática e que foram preparados para prestar uma assistência intra-hospitalar e não pré-hospitalar (ROMANZINI; BOCK, 2010).

No que se refere a disciplina de farmacologia citada pelo depoente, considerou-se importante e inovadora a ressalva sobre ser ministrada por um enfermeiro, podendo ainda ter uma parceria multiprofissional (enfermeiro-farmacêutico) e ainda focar naqueles medicamentos que o enfermeiro pode prescrever/transcrever no contexto da AB, conforme protocolo do MS. É importante destacar que o depoimento declara a necessidade ou a falta de uma melhor abordagem quanto a esses medicamentos, porém o que se entende é que o fazer do enfermeiro está além do ato de prescrever medicamentos, o fazer está principalmente voltado para a prescrição de cuidados.

Subtema 4: Conteúdo teórico e a aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica

O conteúdo teórico, na percepção dos discentes, foi um aporte potente de aprendizagem para a formação e para o conhecimento sobre o SUS e AB, conforme depoimentos abaixo:

[...] a disciplina que mais contemplou, apesar que carga horária era pequena, foi a disciplina de Bases 1 [...] eu estudei, consegui conhecer melhor o SUS [...] entender melhor como é o funcionamento do SUS, como o SUS nasceu, as normas, as legislações, as leis orgânicas [...] (D2).

[...] a grade curricular, o que nos é trazido, as disciplinas que contemplam muito, no primeiro ano principalmente com a Atenção Primária, aí a gente entra na disciplina de Bases e gestões, em algumas leis, em algumas especificidades também que vão complementar (D3).

[...] percebo que aqui na universidade a gente é trabalhada desde o início, já entra na Atenção Básica [...] a gente trabalha a Atenção Básica, nas primeiras matérias [...], legislação do SUS a gente vê também no comecinho da faculdade em Bases, os princípios doutrinários da Atenção Básica [...], trabalhava muito com essa visão de promoção de saúde [...] que potencializa a gente como estudante para quebrar o paradigma de saúde e doença, de não focar na doença. [...] a potencialidade da universidade, eu acho que são as próprias matérias do começo da faculdade [...] que é bem trabalhado, que potencializa a gente na Atenção Básica, que a gente tenta esquecer esse modelo biomédico na Atenção Básica, mas que ainda é muito presente (D4).

As bagagens teóricas [...], no primeiro período você conhece legislação, você não tem nem como não se apaixonar pelo SUS, a forma como é colocada no primeiro período. Tanto é que é o que eu sinto de paixão. [...] a disciplina de Enfermagem, Saúde e Sociedade, traz esse ânimo para gente, mostrando o que é trabalhar no SUS, o que é trabalhar em uma Unidade Básica, você promover saúde e não curar doença. [...] a disciplina de Metodologia do Ensino, foi muito importante, a questão dos planejamentos, de fazer um planejamento, a metodologia do plano de curso, do plano de ação educativa [...] esse plano que teve dentro da disciplina eu trouxe para unidade [...] (D5).

[...] durante a graduação a gente teve um bom conhecimento teórico, principalmente no primeiro ano do curso que é quando a gente realmente está inserida na Atenção Básica, conhecendo o SUS, os princípios, com a matéria de Saúde e Sociedade [...]. Eu acho que o curso consegue passar para gente tudo que a gente necessita teoricamente para atuar na Atenção Básica [...] as próprias disciplinas quando a gente tem as atividades práticas, Saúde e Sociedade, a de Métodos, de Saúde do Adulto, Saúde da Mulher. Em todas a gente em algum momento acaba indo para a Unidade Básica, então eu acho que acaba que a gente sempre está tendo o conhecimento teórico e depois a gente aplica na prática (D6).

[...] conteúdo teórico, que o curso realmente prepara bem a gente para o que a gente vai encontrar lá fora [...]. Eu vejo que realmente foi útil e vai servir, vou aplicar o que eu aprendi, os conhecimentos que foram adquiridos ao longo da graduação, com certeza, futuramente enquanto profissional formada (D9).

[...] a teoria foi muito boa, as aulas, o preparatório antes de ir para o campo, foi muito bom [...] e as experiências na disciplina de Saúde e Sociedade [...] (D10).

Eu acredito que na nossa formação, a gente tem uma parte teórica muito boa, a parte de saúde da mulher, a parte de saúde da criança são realmente muito boas, eu não sinto dificuldade quando eu estou fazendo puericultura, quando eu estou fazendo citologia ou pré-natal [...] (D11).

Os discentes mencionaram as disciplinas como potencialidades. Observou-se que o curso desde e principalmente no início, proporciona o um bom conhecimento teórico sobre a AB por meio das disciplinas. Foi trabalhada a promoção de saúde com foco em um olhar holístico, em não focar na doença em si. Evidenciou-se o estímulo proporcionado pelas disciplinas que mostraram como é atuar no SUS e na AB, assim como conseguiram ofertar o necessário teoricamente para as práticas nas UBS.

Os relatos consideraram que o curso prepara bem teoricamente, antes de ir para o campo de estágio, o que contribuiu na realização de pré-natal, citologia e puericultura e ainda para a atuação enquanto profissional formado.

A disciplina de Metodologia do Ensino foi citada por um depoente (D5), na qual ponderou que houve a compreensão de como realizar um planejamento, de como fazer um planejamento de ações educativas, o que resultou na aplicação desse conhecimento em atividades realizadas na unidade de saúde.

A pesquisa de Fernandes et al. (2013), coincide com o resultado deste estudo, pois constataram, por meio das falas dos discentes, que os conteúdos teóricos ministrados nas disciplinas tinham uma articulação com o SUS e a AB. Assim como Barlem, J. et al. (2012), identificaram que, na perspectiva de enfermeiros de um hospital público federal do extremo sul do Brasil, as potencialidades do processo formativo foram referentes ao forte suporte teórico encontrados nas diferentes disciplinas, o que auxiliou na construção do conhecimento.

As falas evidenciaram que o curso de enfermagem oferece aos discentes, uma boa base teórica, com assuntos que enfatizam o SUS e a AB, ratificando o atendimento às orientações recomendadas pelas DCN/ENF, que em seu Art. 6º descreve que os conteúdos devem manter relação com “o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem” (BRASIL, 2001a, p. 4).

Todavia, os conteúdos teóricos não podem ser vistos como um conjunto de informações que deve ser depositado nos discentes, como ocorre na educação bancária. Numa visão libertadora, o conteúdo crítico é buscado de forma dialógica com o estudante, considerando as suas necessidades e construído a partir da sua visão de mundo (FREIRE, 1994).

Observou-se por meio de alguns relatos a predominância da oferta de conteúdos teóricos voltados para a AB no primeiro ano do curso, nas primeiras disciplinas, o que desperta a reflexão sobre uma possível pausa na oferta desses conteúdos, podendo interferir de forma negativa na aplicabilidade desses conhecimentos durante o estágio do último ano (ECS). Pensa-se que o mais adequado seria equilibrar essa oferta com a abordagem de conteúdos durante toda a graduação, para que os conhecimentos adquiridos não caiam no esquecimento e não dificultem a prática do ECS. Neste sentido, Freire (2008) enfatiza a importância de escolher de forma democrática os “conteúdos programáticos” em que as partes envolvidas possam dialogar e propor mudanças para alcançar uma educação libertadora.

Considerando a perspectiva de um currículo que vise uma educação libertadora, Menezes, Santiago (2014, p. 57) assinala que “a tarefa da escola não se restringe a ensinar conteúdos disciplinares, mas deve também desmitificar a realidade para provocar a ação consciente”. Para desmitificar essa realidade, associar a teoria à prática e trabalhar as relações da vida cotidiana é imprescindível para a concretização de uma educação libertadora, a qual permitirá a identificação dos problemas e a proposta de soluções para a transformação da realidade social. É, portanto, com o exercício contínuo da reflexão crítica sobre a prática que se percebe a necessidade e a capacidade de intervir, promovendo a mudança, por isso a importância do elo teoria-prática.

Subtema 5: Iniciativas inovadoras de aprendizagem na Atenção Básica

Neste subtema, os depoimentos enfocam as oportunidades de inserção em cenários de aprendizagem na AB durante a formação acadêmica, a exemplo da participação dos discentes em atividades curriculares não obrigatórias, como pode ser constatado abaixo:

[...] tive oportunidade de participar de projeto de extensão que foi um projeto que eu ajudei a criar junto com as professoras [...]o projeto Saúde na Comunidade [...] a gente foi nas escolas, visitar, fizemos educação em saúde, prevenção, sobre doenças de pele como a hanseníase, de higiene oral com estudantes de odontologia, sobre práticas esportivas com os estudantes de educação física, para os alunos do ensino médio (D2).

Teve um PET Redes-RAPS, de atenção psicossocial e eu participei por dois anos. Teve também o PET saúde da família, uma edição, mas não participei, aí depois houve o corte do programa, então nem todo mundo teve oportunidade, mas é outro potencial para gente ficar inserido também na Atenção Básica e desenvolver ações (D3).

Eu tive duas experiências com a Atenção Básica, uma foi o PET, que eu passei um ano, a gente tinha três encontros semanais na Atenção Básica, eu ficava com a enfermeira, com a médica, a gente fez grupo de gestante, grupo de hiperdia [...] E tive também em um projeto que a gente trabalhava sobre HPV nas escolas, então a gente tinha o apoio da Estratégia e a gente fazia as ações na escola. [...] eu gosto de Atenção Básica [...] então, teve o PET que me pegou logo no começo aí a partir disso gostei mais (D4).

Comigo funcionou tudo nesse sentido da Atenção Básica, nunca participei nada da área hospitalar. Eu participei de projetos de extensão, Saúde Lúdica, do Projeto do Empoderamento de Autocuidado da Mulher, que é com relação ao exame de Citologia [...] fiz também dois anos de PET Saúde da Família [...] essa oportunidade de trabalhar com vários profissionais, de fazer um cuidado integral a pessoa e não tá focando na doença foi o diferencial de tudo [...] (D5).

Eu tive a oportunidade de participar do PET e foi muito bom porque eu tive a oportunidade que outras pessoas não tiveram de ser inserida precocemente na realidade do SUS, das Unidades Básicas, eu tive a vivência com a equipe multiprofissional mesmo, como o PET preconiza, então todo mundo fica

trabalhando ali como realmente deveria ser, como o projeto pede, foi muito bom (D6).

[...] eu participei de projetos, um foi na saúde lúdica infantil, que era em escola, e que a gente conversava com a unidade básica, um elo [...]. Dos projetos que eu me engajei, trabalhos que eu levei para o congresso, a maioria deles era sobre unidade básica, sobre vacinação, sobre os cuidados com os pacientes acamados [...] (D10).

Eu participei do PET Saúde da Família durante dois anos [...] o que para mim foi bem estimulante, me rendeu muito aprendizado [...] fez uma diferença no meu currículo, entendeu?! Não é só certificado, mas é realmente para prática, para como eu me comportava dentro da sala de aula ou no campo, eu acho que influenciou na minha formação (D13).

Os depoimentos apontaram a participação dos discentes em diferentes atividades de extensão como o PET-Saúde, na modalidade de saúde da família e de rede psicossocial e outras. Os discursos expressaram a afinidade com a AB no sentido de que alguns discentes também buscavam participar de atividades de extensão relacionadas com esse nível de atenção; foi mencionada a oportunidade que o PET-Saúde possibilitou no que se refere a inserção precoce na realidade do SUS, ao trabalho multiprofissional e ao cuidado integral, o que proporcionou muito aprendizado e interferiu positivamente na formação.

Analisando as oportunidades de aprendizagem relacionadas a AB, evidenciou-se a participação dos discentes no PET-Saúde e outros projetos de extensão ou cenários de aprendizagem, sendo reconhecidos como atividades que contribuem para a aprendizagem e para a formação com foco na AB. Percebeu-se a afinidade desses discentes por essas atividades, principalmente pelo PET-Saúde. Essas oportunidades de aprendizagem foram consideradas potencialidades que a universidade e/ou o curso oferecem para uma inserção precoce no SUS/AB, contribuindo para o desenvolvimento de ações multi/interprofissionais.

Os achados deste estudo coincidem com os resultados de outros três (3). Madruga et al. (2015) identificaram que na percepção de estudantes da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) participantes do PET-Saúde, o programa proporciona contribuições para a formação profissional, sendo o trabalho interprofissional importante para transformar os pensamentos e ações da prática profissional com troca de saberes e outros benefícios mútuos, impactando na população.

O segundo estudo realizado na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), aponta que na perspectiva de discentes de enfermagem os programas/projetos de extensão ou extensão universitária, aproxima o estudante da realidade, propiciando uma vivência importante que permite o reconhecimento das necessidades populacionais (OLIVEIRA; ALMEIDA JÚNIOR, 2015). E

a terceira investigação realizada em quatro IES públicas e privadas de uma cidade da região nordeste do Brasil, identificou que na percepção de discentes de enfermagem as atividades de pesquisa e de extensão desenvolvem uma perspectiva crítica e reflexiva (FERNANDES et al., 2013).

Neste sentido, percebe-se a importância que as atividades de extensão desempenham para a obtenção de uma formação crítica e reflexiva, que dialoga com a realidade e que pode implicar em sua transformação. Segundo Freire (1994), a reflexão e a ação estão dialogicamente interligadas, ou seja, o conjunto de conhecimentos está ligado à prática, o que leva a uma ação transformadora, configurando com isso a práxis.

Segundo Resende et al. (2017, p. 90), a curricularização das práticas de extensão pode “contribuir para a transformação tanto do aluno e do professor, quanto da sociedade. Transformação essa propiciada pela troca de conhecimentos que constitui uma relação que se retroalimenta”.

Assim, a curricularização da extensão propicia a inserção do discente em uma determinada realidade para ali aplicar os conteúdos vistos em sala de aula, considerando o contexto real. Tal inserção pode desenvolver no estudante a reflexão/consciência crítica e uma ação transformadora. Além disso, algumas práticas de extensão oportunizam a atuação multiprofissional, como o próprio PET-Saúde que traz uma visão ampliada do cuidado em saúde.

Pensando na importância de uma formação que integre a extensão no currículo do curso de enfermagem, o Art. 8º das DCN/ENF explicita que o PPP deve contemplar atividades complementares como, monitorias e estágios, programas de iniciação científica, programas de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins (BRASIL, 2001a).

Além disso, o PNE vigente (Lei 13.005/2014) considera como uma das suas estratégias “assegurar, no mínimo, 10% (dez por cento) do total de créditos curriculares exigidos para a graduação, em programas e projetos de extensão universitária, orientando sua ação, prioritariamente, para áreas de grande pertinência social” (BRASIL, 2014, p. 11). Tal estratégia parece considerar a importância da inserção de atividades de extensão no currículo acadêmico como uma forma de qualificar a formação a partir de situações reais, ou seja, propiciar a articulação entre a teoria e prática.

O estudo de Fernandes et al. (2013), corrobora ainda com a fala de D6, com relação a eventos científicos relacionados a AB.

[...] eu acho que no SEPENF também, o seminário da Escola, tiveram algumas mesas redondas, algumas bancas que trouxeram essa questão da Atenção Básica para discussão, também foi muito bom (D6).

A entrevistada citou a participação no Seminário de Pesquisa em Enfermagem (SEPENF), no qual teve momentos discussões sobre a AB.

Segundo PPP/ENF do curso de graduação em enfermagem da universidade, o SEPENF é um evento organizado anualmente pelos discentes do quarto ano do curso de graduação em enfermagem, juntamente com o colegiado do curso e o Departamento de enfermagem, possui Regimento próprio e tem as finalidades de apresentar à comunidade acadêmica e à sociedade em geral resultados de pesquisas de estudantes, docentes e enfermeiros de campo, sendo um potente meio de estimular o interesse pela pesquisa e favorecer debates sobre as temáticas apresentadas.

Eventos científicos como este permitem ao estudante desenvolver habilidades gerenciais e comunicacionais, pois é o próprio discente que tem a oportunidade de organizar o evento e realizam, com o apoio do curso e de docentes, os preparativos para sua efetivação. Assim, a fala se referiu à um evento específico, organizado por este discente juntamente com os demais colegas de turma, que enfatizou a AB, sendo considerada outro espaço de aprendizagem sobre a AB, de desenvolvimento de habilidades e que ainda contribui com a produção de debates e discussões.

Um depoimento em particular, traz o interesse e até introdução das atividades no PET-Saúde, porém devido a uma dificuldade enfrentada com a preceptoria, o discente desistiu de participar do programa.

[...] o PET foi um programa muito bom mesmo. Eu participei dele, só que eu tive um entrave com a enfermeira, porque ela tinha outros empregos e o PSF era uma parte pequena da vida dela, tanto que eu não continuei no PET, mas a extensão do PET era muito boa, todas as minhas colegas que ficaram nas outras unidades permaneceram, porque elas realmente encontraram enfermeiras mais ativas do que a minha (D11).

Refletindo sobre essa desistência, uma possibilidade é que o discente se sentiu desestimulado em continuar no PET-Saúde, porque não encontrou o apoio/orientação necessário para o desenvolvimento das atividades e ações que o programa preconiza. Tendo em vista que o foco do PET-Saúde é fazer a integração entre o ensino e o serviço, o papel do preceptor é de grande importância para a continuidade do programa na unidade, pois tem o compromisso de mediar o processo de ensino-aprendizagem no serviço.

Segundo Missaka e Ribeiro (2011), a preceptoria é uma atividade necessária de ensino, que possibilita a construção do conhecimento para a formação (humana e profissional) dos alunos, sendo responsável pela sua aprendizagem do aluno e pelo seu incentivo, bem como pelo (re)conhecimento do seu papel de preceptor a formação.

Um estudo realizado por Telles e Arce (2015) no PET-Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), evidenciou um resultado semelhante à fala de D11, no qual os estudantes relataram como limitação da participação no PET-Saúde, a baixa participação dos preceptores nas atividades, sendo as principais críticas referentes a pouca cooperação no planejamento das atividades e a não corresponsabilização com o desenvolvimento do processo.

A partir da fala analisada, destaca-se a importância do preceptor atuante nos projetos/programas de extensão, pois é este profissional que irá orientar diretamente e apresentar a realidade do serviço aos estudantes, bem como contribuir para o desenvolvimento da aprendizagem. A atuação do preceptor é de um educador dentro do serviço de saúde, que por estar diariamente inserido neste contexto parece ter maior conhecimento sobre aquela realidade.

Enquanto educador, o preceptor das práticas de extensão deve manter uma relação de proximidade com o estudante, utilizando-se do diálogo como uma ferramenta para a troca de conhecimentos e a aprendizagem mútua, considerando que ambas as partes devem ter uma postura aberta, curiosa e indagadora. Assim, o bom educador consegue aproximar o estudante, trazê-lo “até a intimidade do movimento de seu pensamento”, estimulando a curiosidade que “faz perguntar, conhecer, atuar, mais perguntar, re-conhecer” (FREIRE, 1994, p. 31).

Alguns depoimentos trazem a evidência da não participação em projetos e atividades relacionados a AB, como mostram os trechos a seguir:

Não participei de projeto de extensão na área de Atenção Básica, nem nada disso. O único contato que eu tinha tido até agora foi na disciplina Enfermagem, Saúde e Sociedade. [...] nunca participei, com relação a Atenção Básica, não (D1).

Os projetos que eu participei, não tinha relação com a Atenção Básica, mas também em relação a afinidade de área, a Atenção Básica nunca foi tanto o meu foco, então os grupos e os projetos de extensão e pesquisa que eu participei nunca eram muito relacionados (D8).

De projeto de extensão, só participei do PET, porque essa parte da enfermagem não é a que mais me interessa. Então, foi uma experiência super válida, mas serviu para perceber que realmente não era aquilo que eu queria [...]. Eu não participei de nenhum outro projeto de extensão em nada relacionado a Atenção Básica, porque não foi muito meu foco durante a graduação (D13).

Eu acho que o curso oferece atividades, eu que não fui [...] porque é tanta coisa [...] eu acho que quem quer voltar mesmo só para unidade básica e corre atrás eu acho que consegue sim participar, mas eu não procurei [...]. Particpei bastante de projetos, mas não de Atenção Básica (D14).

Os discentes expressaram a não participação em projetos de extensão relacionadas a AB, pontuando que o contato foi em disciplinas que abordavam esse contexto, porém houve a participação em outros projetos.

Os depoimentos demonstraram o desinteresse ou a pouca afinidade por atividades de extensão relacionadas a AB, pois foi mencionada a participação em outros projetos/programas em que o foco não era a AB. Embora uma das entrevistadas mencione que participou do PET-Saúde e que foi uma experiência importante, a mesma reitera que a sua participação nessa atividade comprovou o desejo de atuar em outro nível de atenção à saúde.

No estudo realizado por Winters, Do Prado e Heidemann (2016), foi identificado que durante a graduação, os discentes não participaram de programas como o PET- Saúde, embora a universidade dispusesse da iniciativa. Nos depoimentos do estudo, foi demonstrada a falta de conhecimento sobre a existência, bem como a falta de interesse em participar dos programas.

Dois depoimentos mencionaram a participação em atividades curriculares não obrigatórias, porém não as associam ao âmbito da AB.

[...] eu participei também do PET, mas o meu PET era urgência e emergência, então era hospitalar [...] (D10).

Eu tive o PET saúde mental, só que não foi na Unidade Básica de Saúde não [...] eu ficava muito na rua, no consultório na rua, mas não na unidade básica (D12).

Os discentes destacam a participação no PET urgência e emergência, voltado para a área hospitalar e o PET Saúde Mental que não foi em UBS, sendo vinculado ao Consultório na Rua e, portanto, permanecia a maior parte do tempo do programa na rua.

Ressalta-se que a estratégia Consultório na Rua faz parte da PNAB e busca a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população em situação de rua. Com isso, o fato dos discentes não correlacionar os dois tipos de PET-RAS (urgência e emergência e psicossocial) à AB, leva a refletir e a acreditar que durante a participação nesses programas, os discentes não realizaram uma articulação com esse nível de atenção, que é considerado como a principal e preferencial porta de entrada para o SUS, e tendo a função de ser a base, ser resolutiva, ser a coordenadora do cuidado e a ordenadora das RAS (BRASIL, 2011).

De modo geral, o curso de graduação em enfermagem oferta oportunidades de aprendizagem diferenciadas que contemplam o SUS e a AB. Foram evidenciadas vivências em diversos cenários como programas/projetos de extensão e eventos científicos relacionados a AB, bem como a não participação de alguns discentes pela falta de conhecimento ou interesse nos mesmos. Dois aspectos que chamaram a atenção foram o ingresso de um dos discentes no PET-Saúde e a sua saída devido a um entrave encontrado na preceptoria e a participação de discentes em programas que poderiam ter um vínculo com a AB, porém os discentes não fizeram a associação.

É importante considerar que mesmo com a oferta de atividades de extensão que incluem a vivência no contexto da AB, a participação dos discentes depende da sua escolha ou interesse pela referida área. Quanto à preceptoria nesses programas, deve-se discutir uma forma de aproximar esse preceptor da academia e dos objetivos do programa para que ele possa exercer o seu papel e contribuir com o desenvolvimento do discente, da aprendizagem e do próprio programa. Quanto à não associação do PET-Redes (Saúde Mental e Urgência e emergência) com a AB, é válido refletir sobre os reais objetivos dos programas e se nesses podem ser incluídas vivências e articulação com a AB.

Reitera-se que essas vivências são importantes na formação do discente de enfermagem, por propiciar uma educação libertadora que busca inserir o discente em diferentes realidades e o desenvolvimento do pensamento crítico para buscar a resolutividade dos problemas em equipe interprofissional.

Tema 3: Estágio Curricular Supervisionado como componente essencial da formação para atuar na Atenção Básica

Apesar do ECS na AB ter sido considerado uma potencialidade, decidiu-se separá-lo em um tema pela sua extensão. Desse modo, o tema engloba depoimentos sobre o ECS como um componente essencial da formação para atuação na AB, subdividindo-se em três subtemas: 1) Contribuição para preparação, desenvolvimento de segurança e aquisição de experiência; 2) Aproximação ao fazer do Enfermeiro; e 3) Preceptoria e a contribuição para o desenvolvimento do processo de aprendizagem do estudante.

As DCN/ENF em seu Art. 7º pontuam que os Cursos de Graduação em Enfermagem são obrigados a incluir nos currículos o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades, ocorrendo nos

dois últimos semestres, e a carga horária mínima deve totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso (BRASIL, 2001a).

De acordo com o PPP do curso de enfermagem em questão, para o ECS são destinadas 1000 horas, ocorrendo no 5º (quinto) e último ano da graduação. Desse total, 500 horas são para a área hospitalar e as outras 500 horas para as UBS. Tendo o curso uma carga horária total de 4.680 horas, o ECS alcança 21% do total de horas, atendendo ao preconizado pelas DCN/ENF.

Subtema 1: Contribuição para a preparação, desenvolvimento de segurança e aquisição de experiência

Neste subtema, todos os entrevistados expressaram sua percepção quanto a contribuição do ECS para a preparação, desenvolvimento de segurança e aquisição de experiência para atuar na AB. A análise foi realizada a partir das diferentes percepções quanto a preparação e segurança para atuar na AB.

[...] eu não me sentia preparada [...], mas pelas minhas experiências dos últimos dois meses, eu estando lá todos os dias [...]. Eu me sinto preparada para atuar na Atenção Básica, como no 10º período a gente passa o período todo lá, inserida, é outra coisa [...] eu já me sinto parte da unidade, hoje em dia eu já me sinto segura (D1).

[...] a gente consegue se preparar de fato para a atuação profissional, seguro ninguém consegue sair 100%, mas acho que o estágio consegue preparar [...] o que a graduação me ofereceu até agora, eu me sinto preparada, pela vivência, porque eu estou lá todos os dias, então eu consigo vivenciar tudo que faz parte da Atenção Básica e a partir disso vai aumentando cada vez mais na minha formação. Eu acho que é onde a gente consegue parar para analisar que é o consolidado de tudo que as professoras falaram de fato que a gente vai sentir, vai ficar preparado, que vai ter todo o suporte assim [...] (D3).

Agora no estágio, eu vejo todos os assuntos de uma vez só, essa oportunidade eu acho perfeita. Eu me sinto preparada, depois da experiência do estágio, eu me acho preparada (D4).

[...] hoje, com o estágio, eu me sinto preparada para atuar no hospital, mas eu me sinto muito mais preparada para atuar na Atenção Básica (D5).

Me sinto preparada, não vou dizer que 100% confiante, mas eu tive conhecimento teórico e da prática também, para atuar enquanto futuro profissional, porque eu acho que a Escola é bem preocupada com essa questão da Atenção Básica, de como a gente vai atuar, de como a gente pode levar o conhecimento para ajudar a população, enfim eu acho que eu estou [...] porque é agora que a gente realmente consolida tudo o que aprendeu durante esses quatro anos e meio, e consegue colocar tudo em prática [...] (D6).

Eu acredito que se eu sáísse do estágio para atuar, eu me sentiria sim preparada. Depois de passar por esse estágio, eu acho que sabendo o que eu gostaria de realizar

na minha prática e o que eu não gostaria, até por exemplo o que eu vejo, eu acredito que me sentiria preparada. Não me sentiria preparada se fosse só com o que eu vi até agora, me sinto preparada agora a partir do estágio, aí sim (D8).

Eu tinha muito receio de chegar o estágio rural, porque era o último estágio e depois dali era o vamos ver. Eu sempre quis muito trabalhar na Atenção Básica [...] então assim, eu apostei todas as minhas fichas nesse estágio, porque era ali que eu ia poder inclusive me testar e eu tenho gostado muito e tenho achado condizente o que eu aprendi para o que eu posso estar usando na prática [...] eu acho que sim, estamos preparados, precisamos estar, na verdade (D9).

Eu me sinto preparada. Terminando a faculdade, é a parte que eu mais me sinto pronta para atuar, me sinto mais capaz de atuar, com mais segurança, é na unidade básica, por causa da estrutura, da formação [...] eu acho que a Escola preparou muito bem, eu me sinto bem preparada para a Atenção Básica, muito mais do que para a hospitalar (D10).

Hoje sim, depois desse período de estágio, eu hoje acredito que estou preparada (D11).

[...] a prática é tão importante que eu vim insegura durante quatro anos e só vim me sentir segura dentro aqui da faculdade, nas coisas que eu fazia, depois dos estágios nesse último ano. [...] hoje quando eu chego no meu estágio, eu me sinto supersegura, então eu me vejo preparada para atuar [...] hoje eu me sinto preparada por tudo que a gente vê na prática, pelo que a gente vivencia, pelos profissionais que a gente encontra (D13).

Eu me sinto preparada, pela formação, teoria junto com a prática agora no final [...] tudo que foi oferecido, os estágios, as oportunidades [...] foi importante (D14).

Eu não posso dizer que me sinto preparado, porque eu acho que a gente tem que estar se preparando a todo momento, a gente nunca deve parar, mas eu acredito que em relação a pré-natal eu faço tranquilo, puericultura também [...] (D2).

Eu me sinto preparada, não 100%, até porque vai na prática e mesmo assim as práticas ainda não foram suficientes para que eu diga que eu estou orgulhosa e preparada para assumir um cargo sozinha. Mas eu me sinto muito melhor do que antes do estágio, 100% ainda não, porque claro que a gente nunca vai estar 100%, mas, eu me sinto um pouco mais segura para realizar as consultas [...] não é fácil ser enfermeira de PSF (D7).

Completamente preparada não, acho que para atuar em nenhum lugar, depois que a gente sai da faculdade, as experiências que a gente vai tendo é que vão fazer a gente se sentir mais preparada. Mas, mais preparada do que eu estava, depois do estágio com certeza eu estou. Se eu chegar num posto de saúde hoje para trabalhar, boa parte eu vou saber fazer, mas outras coisas eu acho que a gente vai aprendendo no dia a dia, com as experiências, com o que vai acontecendo a gente vai aprendendo (D12).

A maioria dos relatos demonstrou que os discentes se sentiram preparados e seguros para atuar na AB, porém destacaram que isso se deu após a experiência do ECS. Foram considerados alguns motivos para se sentirem preparados e seguros, como: inserção diária no campo com vivências diversas durante todo o período e suporte necessário; constatação de que o conhecimento teórico adquirido nos anos anteriores condizia com o vivenciado no

estágio; preocupação do curso em ofertar uma formação voltada para AB; consolidação de todo o aprendizado adquirido durante a graduação; e aquisição de experiências com auxílio dos profissionais do serviço.

Tal achado, evidencia a importância da inserção do sujeito na realidade e da articulação entre a teoria e prática para o desenvolvimento da aprendizagem, de experiências diversas. Neste sentido, ao se inserir no mundo, o sujeito passa a estar de fato, experimentando-o. A partir desse experimentar é que o aprendizado vai se concretizando, uma vez que “ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós aprendemos” (FREIRE, 2008, p. 40).

Contraditoriamente ao encontrado no presente estudo, a pesquisa de Montenegro (2010), evidenciou que na percepção de enfermeiros da ESF, a graduação não preparou suficientemente para atuar na AB, incluindo como motivos a carga horária reduzida e o foco em práticas do ambiente hospitalar.

Destacaram-se ainda, os depoimentos de D3 e D6, nos quais os discentes se manifestaram preparados, porém não se sentiam completamente seguros para atuar na AB, mesmo afirmando que o curso tem ênfase na AB e que foram adquiridos conhecimentos teóricos e práticos. Diferentemente da percepção do depoente D13 que considerou a prática importante e que a insuficiência desta proporcionou insegurança nos anos anteriores, ressaltando a aquisição de segurança no último ano com o ECS. Com esta fala, compreendeu-se que houve uma insuficiência de práticas para o alcance da segurança durante os quatro anos da graduação e a experiência exitosa do quinto ano para a aquisição desta.

Quando o estudante chega ao último ano, o ano do ECS, percebe que é o momento de colocar em prática todo o conhecimento que adquiriu durante os anos anteriores e isso pode gerar insegurança e medo; insegurança quanto a pouca experiência relacionada as técnicas e procedimentos, ao fazer do enfermeiro e ao medo do novo, ao que está por vir, as expectativas quanto ao mundo do trabalho, ao ser enfermeiro. Esse argumento pode ser constatado no trecho do depoente D9 quando fala: “*Eu tinha muito receio de chegar o estágio rural, porque era o último estágio e depois dali era o vamos ver*”.

Neste sentido, Evangelista e Ivo (2014), salientam que é no campo de estágio que o estudante experimenta diversos sentimentos, podendo interferir positiva ou negativamente em seu processo de aprendizagem. E, se o estudante teve mais vivências em práticas hospitalares, este não irá estar seguro para o ECS no âmbito da AB, porque não praticou o suficiente para essa inserção considerada mais duradoura.

Nesse sentido, tanto o supervisor (docente responsável) quanto o preceptor e demais profissionais da equipe de saúde, desempenham um papel importante para que a experiência adquirida no ECS ocorra de forma positiva, minimizando esse medo e conseqüentemente aumentando a segurança para a atuação no próprio estágio e no trabalho vindouro.

Favorecendo essa consideração, um estudo reflexivo, acentuou que a vivência no ECS pelo acadêmico de enfermagem no contexto social e do trabalho, possibilita que ele se depare com situações reais e diversificadas. Tal aspecto estimula a desempenhar e amadurecer o lado profissional com mais qualidade, habilidade e segurança, ao combinar a teoria e a prática. Sendo assim, o ECS “serve para impulsionar um sujeito crítico, curioso e construtor de conhecimentos e não para adaptá-lo ao mundo do trabalho” (BENITO et al., 2012, p. 176). Ainda em outro estudo realizado com egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, foi constatado que o estágio supervisionado contribui com a preparação do futuro profissional para inserção e atuação no mundo do trabalho (CANEVER et al., 2014).

Outros discentes (D2, D7 e D12) demonstraram certa insegurança quanto a preparação para atuar na AB. Salientaram que essa insegurança diminuiu com a experiência do estágio. Com os depoimentos, foi possível perceber que os motivos para esta insegurança estavam relacionados a: pouca oferta de atividades práticas nos anos anteriores ao estágio e a sensação de preparação mediante a busca constante pelo conhecimento teórico e prático. Acentua-se a fala de D7 que se assemelha a fala de D13, quando apontou que as práticas não foram suficientes para a aquisição de segurança e para a preparação, no caso deste discente.

O estudo de Fernandes et al. (2013) apresentou resultados semelhantes a estes, quando identificou por meio de alguns depoimentos o despreparo e insegurança para atuar no SUS, nos espaços de práticas, sendo apontada como causa a desarticulação entre a formação e o SUS.

Observou-se por meio dos depoimentos, sentimentos diferentes de preparação e segurança, porém com a experiência do ECS houve uma melhoria, um aumento no preparo e na segurança. Evidenciou-se a insuficiência de atividades práticas nos anos anteriores ao ECS, o que pode estar associado ao sentimento de pouco preparo e/ou insegurança para atuação no contexto da AB.

Nesse contexto, é necessário problematizar. Para isto, deve-se proporcionar a inserção do estudante na realidade para que assim exerça a análise crítica das relações entre o homem e o mundo. Tal ação requer que os sujeitos se voltem de forma dialógica para esta realidade,

com o propósito de transformá-la. A atitude dialógica, permite o desenvolvimento de uma reflexão crítica para alcançar a libertação autêntica (MENEZES; SANTIAGO, 2014). Portanto, configura-se em práxis que promove a ação e a reflexão do sujeito sobre o mundo, transformando-o (FREIRE, 1994).

Alguns depoentes assinalaram que a formação apresentou lacunas e que o ECS contribuiu para minimizá-las.

A formação em si deixou bastante a desejar, até agora o 10º período [...] se não fosse o 10º período, o estágio rural, eu não estaria preparada, mas com essa vivência que a gente tem, eu acho que dá para somar (D1).

[...] algumas das lacunas que ficam de todo o curso são minimizadas ou preenchidas totalmente no estágio obrigatório, tanto hospitalar, quanto no rural, eu digo porque muitas coisas eu não tinha visto durante a faculdade, então na primeira semana de estágio, me senti meio que bombardeada [...] se não tivesse o estágio, eu acho que a gente estaria ainda menos preparada para o mercado de trabalho [...] (D7).

[...] se não fosse o estágio obrigatório, e eu saísse daqui e fosse para uma unidade de saúde, eu acho que eu ia ficar perdida, porque realmente você só tem uma noção quando você está aqui [...] (D12).

Eu acho que a minha formação foi frágil, mas eu encontrei pessoas tanto agora na Atenção Básica, quanto no hospitalar que realmente me passaram conhecimento e me deixaram segura para atuar [...] (D13).

Os depoentes mencionaram a fragilidade e lacunas percebidas na formação, sendo amenizadas no último ano do curso, com o ECS. Segundo os relatos, a preparação e segurança para atuar tanto no ambiente hospitalar quanto na AB aconteceu a partir dessa vivência. Um discente (D7) enfatizou que pela não abordagem de alguns conteúdos, sentiu dificuldades quando iniciou o estágio, entendendo-se que teve que executar tarefas das quais não possuía conhecimento teórico-prático para tal.

Com as falas, tornou-se perceptível a importância do estágio supervisionado para os entrevistados no tocante a aprendizagem, a preparação e a segurança para atuar na AB, sendo que teve o papel de suprir ou preencher a lacuna deixada pela insuficiência de práticas nos anos anteriores ao ECS.

O estudante durante a graduação recebe uma grande carga teórica, o que muitas vezes dificulta a associação desta com a prática, o que reitera a necessidade de o curso oportunizar vivências necessárias para que ele chegue ao ECS mais seguro e para que o próprio estágio lhe forneça o preparo final para ingressar no mundo do trabalho (EVANGELISTA; IVO, 2014).

O ECS foi colocado ainda como a maior experiência adquirida ao longo da graduação, conforme observado nas falas:

[...] o estágio é a maior experiência positiva que a gente consegue ter [...] é a oportunidade maior mesmo para poder atuar, porque é ali que a gente vai vivenciar [...] (D3).

É uma experiência supimpa assim, eu acho que não se deve sair da universidade, se formar enfermeiro sem passar pela unidade básica, porque na minha visão é como se juntasse tudo que você aprendeu num canto só, porque lá no campo a gente tem a oportunidade de fazer tudo [...] (D4).

O estágio do último ano é muito válido, muito mesmo, acho que ele é que salva da gente de sair com um pouquinho mais de experiência (D7).

O estágio é uma experiência bastante importante, foi onde eu coloquei em prática o que eu aprendi e onde eu vou aprender muitas outras coisas que eu também não vi, e que só estando ali todos os dias, vivendo as dificuldades e os pontos positivos do estágio é que eu vou conseguir assimilar (D8).

O estágio é uma experiência muito importante, porque a gente realmente vê aonde o enfermeiro está inserido [...] (D11).

Com certeza o estágio é uma experiência importante, ele foi bem válido para a formação da gente [...], quando você está no estágio obrigatório realmente vivencia tudo da Atenção Básica [...] foi bem proveitoso mesmo (D12).

Para os estudantes o ECS foi uma experiência muito importante, destacando-se como a de maior importância e enfocando o estágio em UBS. Tal importância foi percebida por proporcionar a oportunidade diária de atuar, de vivenciar a realidade, a complexidade do serviço da AB, o processo de trabalho do enfermeiro; e ainda por permitir a consolidação e a aplicabilidade dos conhecimentos teóricos, possibilitando a obtenção de experiência e aprendizados.

Esse achado se assemelha ao encontrado em outro estudo, no qual os egressos apontaram que o estágio supervisionado foi o elemento mais significativo do currículo (CANEVER et al., 2014).

O estágio no último ano é, portanto, uma forma de aprender praticando, configurando-se como mais eficiente do que apenas receber informações de maneira passiva. A vivência do estágio no cotidiano dos serviços de saúde oportuniza uma aprendizagem ativa, que motiva o estudante a refletir sobre o processo de trabalho e situações encontradas, permitindo a aquisição de experiências para atuar com mais segurança enquanto profissional. Além disso, é no ECS que as competências profissionais são desenvolvidas e fortalecidas, destacando-se por ser a maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade e atitude (COLLISELLI, et al., 2009).

Por isso, quando o sujeito imerge na realidade, vivenciando toda sua complexidade, ele passa a dialogar e aprender com ela. Então, cria-se uma possibilidade de compreender a relação homem-mundo, “não mais como realidade estática, mas como realidade em transformação, em processo; assim, são estimulados a enfrentar a realidade como sujeitos da práxis, da reflexão e da ação verdadeiramente transformadora da realidade” (MENEZES, SANTIAGO, 2014, p. 51).

Outro ponto abordado pelos depoentes foi referente ao cenário de prática individualizado na AB, como pode ser visto nos relatos abaixo:

[...] esse fato de o estágio ser um estudante por unidade, eu acho muito importante, porque a gente fica mais solto, a gente consegue trabalhar melhor, consegue interagir melhor, não tem aquela coisa de um colega depender do outro [...] (D2).

[...] uma potencialidade é estar sozinho enquanto enfermeirando numa unidade de saúde, a oportunidade de ficar imerso um semestre numa unidade de saúde, sozinho [...], porque a supervisão é semanal e aí a gente consegue sentir a autonomia de vivenciar [...], consegue ter mais oportunidade de vivenciar o trabalho da enfermeira [...] eu acho que nos dada muita autonomia diante desse momento de estágio, enquanto enfermeiranda, pra exercer de fato, acompanhar a enfermeira, ter a oportunidade de enxergar não só o que a gente via no curso, mas vai transcendendo, porque a gente se envolve em tudo que acontece na UBS (D3).

[...] a gente passa o dia todo, está sozinho, está vivenciando todos os problemas, todas as dificuldades, tudo que também de bom acontece [...] (D12).

Os relatos evidenciaram que o fato de estar em um campo de estágio, atuando individualmente, acompanhando o trabalho do enfermeiro, interagindo com a equipe, vivenciando os sucessos e insucessos e buscando “sozinho” refletir sobre as dificuldades e tentando solucioná-las, proporciona uma maior autonomia. Nesse aspecto, o estudo realizado por Evangelista e Ivo (2014) em uma faculdade particular de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia, contribui com este resultado, pois foi identificado na percepção dos estudantes de enfermagem que o ECS promoveu o desenvolvimento da autonomia, bem como o crescimento profissional.

Compreendeu-se, portanto, que o estágio supervisionado se mostrou um componente essencial da formação para preparação para atuar na AB, considerada a mais importante, visto que os depoimentos, majoritariamente, demonstraram que a partir da realização do estágio os estudantes passaram a ficar mais seguros e adquirir experiências diversas. Brito, Rozendo e Sobral (2018, p. 39) assinalam que a “formação deve considerar a realidade dos sujeitos em interação com outros sujeitos, num exercício permanente de autonomia rumo à emancipação”. Assim, constatou-se que o ECS conseguiu preencher algumas lacunas encontradas durante a

formação. Também se percebeu a satisfação pela atuação individual durante o estágio, o que propiciou uma maior autonomia nos discentes.

Esse reconhecimento da autonomia foi percebido a partir da imersão na realidade, que propiciou o desenvolvimento da consciência crítica, de sua identidade, a construção do seu próprio saber, fazendo com que se sentissem livres para atuar durante o ECS. Freire (1996, p. 34) destaca que é com a autonomia “que a liberdade vai preenchendo o “espaço” antes “habitado por sua dependência”.

Dessa forma, acredita-se que o ECS está coerente com o orientado pelas DCN/ENF. Todavia, constatou-se que alguns discentes se sentiram pouco preparados e inseguros nesse momento de estágio, pela oferta mínima de atividades práticas na AB nos anos anteriores, o que ratifica a necessidade do aumento de vivências neste cenário para que estejam presentes durante toda a graduação.

Subtema 2: Aproximação ao fazer do Enfermeiro

O subtema em questão apresenta a percepção dos discentes de enfermagem acerca da sua aproximação ao fazer do enfermeiro durante o ECS.

Eu percebo que na unidade básica, principalmente com esse estágio, é que as responsabilidades do enfermeiro são maiores porque ele tem uma autonomia maior e as cobranças também [...] a gente tem uma autonomia maior (D2).

No estágio, a gente identifica o processo de trabalho daquela enfermeira e percebe que é onde ela tem uma maior autonomia para atuar [...] a partir disso a gente consegue ver, se inspirar mesmo, se espelhar no trabalho dela e identificar o que a gente já sabe, o que deve ser feito, o que não deve ser feito. A gente consegue identificar também as falhas e as limitações do serviço (D3).

[...] é dentro desse contexto da Unidade Básica que você consegue conciliar o que é o ser Enfermeiro, porque o estágio é a oportunidade de você compactar tudo e se vê enquanto Enfermeiro de Atenção Básica, nesse sentido eu consegui me ver como Enfermeira [...] consegui o estímulo de atuar na Atenção Básica, não me vejo atuando no hospital, eu quero atuar na Atenção Básica. Hoje eu consigo ver as necessidades, o que de fato o Enfermeiro precisa ter, para atuar na Atenção Básica. O que é conseguir fazer essas ações que promovem esse empoderamento do autocuidado que é tão importante, porque eu consigo identificar a população prioritária, eu consigo atender quando se faz necessário [...] prestar uma atenção à saúde de forma mais qualificada (D5).

[...] no estágio, presenciando algumas situações em que a gente se coloca na condição de enfermeiro, de ser o responsável por resolver aquele problema [...], a gente vai percebendo que realmente o enfermeiro é a cabeça da equipe, tudo passa por ele [...] (D9).

[...] no estágio a gente vê o enfermeiro na prevenção e também vê a autonomia do enfermeiro, porque pelo menos lá na unidade, a enfermeira é mais procurada, às

vezes, do que o médico [...]. A confiança que ela construiu com a comunidade é muito legal. É muito legal ver que enfermeiro tem essa potencialidade (D10).

A análise das falas permitiu compreender que o estágio supervisionado na AB possibilitou aos discentes: reconhecer que o enfermeiro tem uma maior autonomia para realizar as ações de saúde; conhecer o processo de trabalho do enfermeiro, as ações realizadas por ele e as necessidades de saúde dos usuários; perceber que o enfermeiro é o líder da equipe; e constatar o estabelecimento de vínculo e confiança entre o enfermeiro e a comunidade.

Dessa maneira, percebeu-se que a vivência do ECS propicia ao discente de enfermagem uma aproximação com o cotidiano do trabalho do enfermeiro na AB, levando-o a “aprender a aprender”, que contempla o “aprender a conhecer”, o “aprender a fazer”, o “aprender a conviver” e o “aprender a ser”, conforme consta nas DCN/ENF (BRASIL, 2001a, p. 6).

Com isso, torna-se importante o curso oportunizar a inserção do discente no processo de trabalho do enfermeiro, nos campos de prática em saúde (FERNANDES et al., 2013). Com isso, será possível entender as atribuições que este profissional desempenha na AB, bem como desenvolver o senso crítico-reflexivo sobre a sua atuação futura, enquanto profissional enfermeiro.

Fazendo uma analogia entre o processo de aprendizagem e o ato de cozinhar, percebe-se que é preciso passar por etapas, que são cruciais, para o aperfeiçoamento e o alcance do saber. O ato de cozinhar traz uma reflexão, a de que não se aprende a cozinhar na primeira tentativa ou apenas lendo receitas sem colocá-las em prática. Ao praticar, os erros cometidos no processo de cozinhar (seja comida salgada ou insossa) instigam a observação e o interesse pelo aprender, pelo fazer, por alcançar o objetivo de saber cozinhar. Considerando o discente em seu processo de aprendizagem, é com a prática constante, com a ação-reflexão-ação, que ele irá construir seu próprio saber (FREIRE, 1996). Irá desenvolver a “consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado” que sendo consciente de sua inconclusão, busca constantemente aprender. (FREIRE, 1996, p. 22)

O entrevistado D6, demonstra sua consciência crítica e reflexiva quanto ao processo de trabalho do enfermeiro quando fala:

[...] no estágio a gente consegue ver como é o processo de trabalho da enfermeira, ver o que é dela que a gente pode trazer e o que a gente deixa um pouquinho de lado, porque sabe que são vícios de trabalho [...] (D6).

Essa fala demonstrou a criticidade do discente, pois conseguiu enxergar o processo de trabalho de um enfermeiro e a partir disso refletir sobre os pontos positivos e negativos para levar como exemplo para a sua futura atuação profissional.

Dessa forma, percebeu-se a contribuição do ECS na aproximação ao fazer do enfermeiro, pois é nesse movimento de interação entre conhecer, fazer, conviver e ser, que o discente vai se percebendo enquanto profissional e agente transformador de práticas que vem se reproduzindo, muitas vezes por causa de um processo formativo desarticulado com as reais situações de trabalho e de necessidades de saúde. Brito, Rozendo e Sobral (2018, p.39) destacam em seu estudo de reflexão que “quanto mais próximo da realidade, mais claramente será percebida e sentida a necessidade de com ela dialogar e nela intervir”.

Os relatos consideraram ainda, que o estágio supervisionado foi uma vivência que contribuiu para compreender as funções desempenhadas pelo enfermeiro no serviço da AB, conforme fragmentos das falas que seguem:

Além da assistência com relação a praticamente tudo, as vezes é um problema de urgência e as pessoas chegam logo perguntando pela enfermeira não é nem pela médica. A parte gerencial é muito grande [...] a enfermeira da minha unidade de saúde resolve praticamente tudo, burocrática, lida com muita papelada [...]. A parte educativa também é com ela, apesar que ela tenta puxar um pouco a equipe para dividir, mas a maior parte fica com ela (D1).

A gente consegue visualizar todas as funções do enfermeiro [...] assistencial, gerencial, educativa [...] eu acho que na Atenção Básica essas funções ficam muito evidentes assim, no dia a dia que a gente consegue perceber (D3).

No posto que eu estou não existe diretor, então a gente consegue ver as papeladas, as obrigações que ela tem, tudo em relação a assistência quanto a parte burocrática (D4).

Identifico a função tanto de liderança da equipe, da unidade, como de estar prestando essa educação em saúde, de estar promovendo saúde, de ter uma comunicação com os outros profissionais da unidade, pelo menos na minha enfermeira. Na minha unidade quem faz o trabalho administrativo é a Enfermeira, ela tanto presta atenção ao usuário, como ela lidera a equipe, faz de forma democrática, conversa com a equipe, tanto com os ACS, como também a equipe de enfermagem, ela tem essa liderança [...] o controle da sala de vacina, de estar aprimorando, fazendo educação permanente com os profissionais, ela tem esse olhar sensível para trabalhar com as pessoas que fazem o acolhimento, de fazer treinamento com eles, de estar sempre atualizando (D5).

Principalmente agora na finalização do curso, eu realmente vejo as funções do enfermeiro como educador, como gerenciador da unidade e mediador de conflitos entre a equipe. Eu realmente acho que ele é o centro da equipe, porque é muito complicado quando a enfermeira falta, você vê que parece que as coisas não andam, e aí você vê a extrema importância do profissional dentro daquele serviço, naquele processo de trabalho (D6).

Lá onde eu estou, a enfermeira assume muitos papéis [...] em outros municípios existe o papel de um diretor ou administrativo que vai atrás das burocracias, lá a enfermeira abarca tudo, ela quem está responsável [...]. O enfermeiro no PSF faz a consulta de enfermagem, faz a sala de espera, tem grupo, faz visita domiciliar [...] (D7).

[...] eu percebo que as funções vão além do que a gente vê na graduação, porque a gente espera que o enfermeiro vai ser aquele ali da assistência, aquele da parte gerencial, mas quando chega lá a gente vê que ele não atua somente nessas áreas, mas como um todo, a gente vê que o papel do enfermeiro vai muito além, não se limita somente aquilo que a gente vê nos cinco anos do curso [...] (D9).

A questão educativa, a parte gerencial [...] eu acredito que eu ainda estou aprendendo muito, porque a responsabilidade do enfermeiro lá é muito grande, tanto com os agentes como com toda a equipe, porque a enfermeira mesmo, eu vejo ela fazendo tudo [...], então a função do enfermeiro é muito grande (D11).

[...] a gente vê que é muita burocracia na Atenção Básica, não é só assistência, tem tanta coisa que a gente faz. Eu consigo enxergar a função administrativa, assistencial, de educação mesmo não só da população, mas também de toda equipe (D12).

Consegui identificar a gerencial, quando a gente tem que fazer toda aquela produção, quando a gente tem que sentar e ver todos aqueles números, as vacinas que entraram, as vacinas que saíram, o que está faltando de produto dentro da unidade, de medicação, de curativo. Então, eu consigo ver a parte administrativa nisso [...]. Eu realizo bastante sala de espera [...], até em relação aos funcionários também, porque nossa parte educativa não é só voltada para comunidade, é para os ACS, para os técnicos (D13)

Eu consigo identificar que tem a função de prestar assistência ao paciente [...] A função educativa é rotina, aí tem que ser todo dia, é na escola, na unidade, com os profissionais mesmo na unidade (D14).

Os estudantes assinalaram as funções do enfermeiro que mais se destacaram durante a vivência diária do estágio supervisionado, que essas funções vão além do que foi visto durante a formação e que a responsabilidade atribuída a este profissional é muito grande. Foram identificadas principalmente as funções assistencial, educativa e gerencial.

Evidenciaram na função assistencial, que o enfermeiro presta assistência a população por meio de consultas de enfermagem e visita domiciliar, sendo muitas vezes mais procurado do que o profissional médico. Na função gerencial, mencionaram a inexistência de diretor ou administrativo nas UBS para resolver as burocracias, ficando esta responsabilidade para o enfermeiro. Todavia, a função gerencial foi associada também a liderança, em que o enfermeiro foi considerado o profissional central da equipe de saúde e para o funcionamento do serviço, o que evidencia a importância desse profissional dentro do serviço de AB.

A função educativa foi associada a execução de salas de espera, ações de promoção à saúde, realização de grupos de educação em saúde na própria unidade de saúde e nas escolas e ainda relacionada a educação permanente com a equipe de saúde.

Diante dos registros, é pertinente apontar que no processo de trabalho do enfermeiro atuante na AB, três funções ficaram evidentes: a educativa, a assistencial e a administrativa ou gerencial. Sendo destacada na função educativa, a educação em saúde realizada com a comunidade e a educação permanente com a equipe de saúde. Na função gerencial, o enfermeiro é visto como líder, aquele que resolve as burocracias, pedido de materiais e o preenchimento de formulários, sendo destacado em muitos depoimentos que ele assume o papel de um profissional administrativo, o que pode prejudicar o desempenho das suas reais atribuições. Quanto a função assistencial, a identificação foi feita para o atendimento prestado à população na unidade e na visita domiciliar.

Garcia e Fagundes (2009), em seu estudo realizado com estudantes de enfermagem que estavam realizando o estágio curricular na AB, em duas IES públicas do município de Salvador, Bahia, evidenciou que o ECS contribuiu para a compreensão da dimensão e complexidade do trabalho do enfermeiro que atua na AB, visto que desenvolvem várias atividades que exigem deles conhecimentos e habilidades diversos, podendo ser aplicados em distintos campos, na assistência individual ou coletiva, na gestão e na educação em saúde ou permanente.

Considerando as variadas funções e atribuições realizadas pelos enfermeiros, Meira e Kurcgant (2016) assinalaram em seu estudo realizado em um curso de Enfermagem de um centro universitário particular na cidade de São Paulo, Brasil, com egressos, empregadores e docentes, que o processo de trabalho dos enfermeiros se constitui principalmente pela função gerencial ou administrativa. Porém, as ações precisam assegurar uma assistência de qualidade e os cursos de graduação em enfermagem devem focar, durante o processo formativo, que o enfermeiro precisa avaliar as necessidades do serviço e do usuário e assim organizar o seu trabalho.

Um discurso se distinguiu dos demais e da consideração feita por Meira e Kurcgant (2016), sendo pontuado pelo entrevistado D4 que:

[...] a função gerencial é uma coisa que a gente não tem tanta proximidade na unidade básica, é mais a questão da assistência prestada, pelo que eu vi na unidade que eu estou (D14).

A fala expressou que na UBS em que o discente estava realizando estágio, não houve muita aproximação da função gerencial, sobressaindo-se a assistencial.

Essa diferença entre as falas, pode ser explicada pela diversidade nos campos de estágio, em que os discentes vivenciam situações diferentes e distintas formas de fazer dos

enfermeiros. Porém, o enfermeiro deve realizar em sua prática diária, atividades que contemplem todas as funções que tem competência e habilidade para executar, visando a melhoria do serviço em prol da população e atendendo ao preconizado pelas DCN/ENF e pela PNAB.

A fala de D8, mostra a especificidade quanto as funções identificadas na unidade de saúde que foi campo de estágio dele.

A gente sabe quais são as funções do enfermeiro, mas não visualiza necessariamente, porque na prática a função educativa pelo menos no posto, na experiência que eu estou tendo, quase não existe, fica por nossa conta [...] sala de espera, grupos, nada disso tem implementado na minha unidade. A função gerencial fica muito resumido a resolver conflitos da equipe. [...] a função que sobressai é a assistencial. Então, os papeis se fundem muito, até porque tem profissionais que não fazem as atribuições deles, e aí os outros vão cobrindo, é uma certa confusão, não fica muito definido isso (D8).

Notou-se que há uma má distribuição de atribuições entre os componentes da equipe multiprofissional da UBS, tanto que o próprio discente não conseguiu identificar as funções, mencionando que sabe as funções (teoricamente), mas que não conseguiu visualizá-las completamente, destacando a função assistencial pelo processo vivencial que teve durante o período que esteve na unidade de saúde. Já a função educativa se resume a grupos e sala de espera, os quais o próprio discente realizou, entendendo-se que as atividades ocorriam sem o apoio do enfermeiro.

Observou-se ainda, que o discente não conseguiu identificar as atribuições dos profissionais, afirmando que há uma confusão ou indefinição dessas, o que pode provocar uma desmotivação pelo estágio e até mesmo para a atuação na AB enquanto enfermeiro.

Diante dos depoimentos apresentados, que abordam as funções ou dimensões presentes no exercício profissional do enfermeiro na AB, observou-se que a dimensão política do cuidado não foi identificada.

Nesta perspectiva, o estudo de Oliveira et al. (2016, p. 422) realizado com enfermeiros de USF de um município de Minas Gerais, corrobora com esse achado quando identificou fragilidade na prática desses profissionais quanto a dimensão política do cuidado, que se refere a atuação na promoção da participação social no SUS. Estes autores enfatizam que cabe ao enfermeiro “conhecer, participar, opinar, decidir e intervir sobre a dinâmica social e política inscrita no desenho das ações no âmbito da saúde”.

Assim, a dimensão política deve ser introduzida na prática deste profissional, sendo reconhecida por ter a capacidade de mobilização de dos diversos grupos sociais, objetivando atender as demandas de saúde da população (PERSEGONA et al., 2009).

A sobrecarga de trabalho e as muitas atribuições que o enfermeiro da AB realiza, foram mencionadas por alguns depoentes, conforme observado nos depoimentos:

[...] lá pelo menos na unidade de saúde, quem resolve tudo é a enfermeira [...] até insumos mesmo, pedido de material, é tudo a enfermeira que faz (D1).

Tem sobrecarga no sentido de muitas atribuições para a enfermeira da Atenção Básica, existem muitas atribuições, mas que vão contemplar as funções que ela pode e deve exercer enquanto profissional enfermeira (D3).

[...] a sobrecarga toda gerencial é com a enfermeira (D4).

[...] é muita coisa que o Enfermeiro faz lá (D5).

Acho que é uma coisa que sobrecarrega demais, porque tudo bem, ver os materiais de uso para curativos, próprio da nossa atividade, mas acho que está se preocupando se vai faltar papel higiênico, copo descartável, papel toalha [...], isso acumula muita coisa e as vezes deixa a desejar no que realmente é importante (D7).

Constatou-se a sobrecarga gerencial posta ao enfermeiro, sendo que muitas vezes o trabalho fica resumido em resolver burocracias que outros profissionais de nível médio com função administrativa poderiam executar e com isso, o enfermeiro teria como focar em atribuições mais condizentes ao seu processo de trabalho.

As atribuições do enfermeiro e demais profissionais devem ser bem divididas e direcionadas de acordo com o que lhes compete fazer. O enfermeiro deve focar seu trabalho para atender às atribuições previstas na PNAB e às competências e habilidades gerais adquiridas ao longo da graduação, conforme as orientações das DCN/ENF (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento dos serviços de saúde e educação permanente) e ainda as específicas (BRASIL, 2001a).

Compreendeu-se que houve uma aproximação do fazer do enfermeiro e que o ECS contribuiu para a que os discentes reconhecessem a importância do trabalho desse profissional e identificassem as principais funções/dimensões que ele desempenha no âmbito da AB. O enfermeiro foi considerado o líder da equipe de enfermagem, tendo impacto até no funcionamento da UBS, destacando-se a função gerencial. Contudo, foi pontuado, de forma negativa, a sobrecarga de atribuições incumbida a esse profissional, o que pode interferir na qualidade da assistência/cuidado ofertado à população.

Ressalta-se com isso, que o discente de enfermagem deve ser preparado para o ECS durante a graduação no sentido de que existem diferentes modos de atuação do enfermeiro, não se limitando a um fazer específico de um determinado profissional, mas a partir da identificação dos diversos tipos de fazer e ser, conforme depoimento abaixo:

[...] porque no estágio, acaba que a gente percebe as funções daquela enfermeira especificamente e eu não vou me limitar só aquelas [...] eu consigo ver a atuação dela, é nela que eu estou me espelhando e vivenciando na prática. Consigo ver, mas não devo me limitar a atuação dela, eu preciso voltar um pouquinho e me perceber também, o que eu preciso fazer para de fato ficar preparada para a atuação, o que deveria contemplar essa atuação, o que cabe ao enfermeiro de fato e o que eu posso fazer e devo fazer de direito (D3).

Quanto ao exercício do trabalho do enfermeiro, o discente no campo de estágio deve refletir e desenvolver um olhar crítico, assimilando a experiência considerada positiva para a futura atuação enquanto profissional formado, bem como as práticas que compete a ele realizar, sempre buscando fundamentação nas DCN/ENF e na PNAB.

Subtema 3: Preceptoria e o desenvolvimento do processo de aprendizagem do estudante

Esse subtema apresenta depoimentos distintos sobre o papel e/ou contribuição do enfermeiro do serviço, ou seja, o preceptor, durante a realização do ECS na AB para o desenvolvimento da aprendizagem do estudante.

[...] eu tenho uma enfermeira preceptora muito atenciosa e que entende bastante esse meu papel de estudante para me ajudar a conhecer, a estudar e a me ajudar nessa busca do aprendizado, mas eu tenho uma colega que não tem esse apoio tão forte da enfermeira [...] (D1).

[...] graças a Deus eu caí num PSF que a enfermeira era especialista em saúde da criança, então assim ela me deu aula de puericultura assim [...]. Eu tive sorte! A minha enfermeira é muito boa, eu consegui pegar todos os programas, atuar em todos eles, fazer coisas até que não tinha lá e que a gente junta instituiu [...] ela é uma enfermeira superaberta, então o que eu bolava, ela topava e fazia [...] (D4).

Eu estou tendo muita dificuldade lá na unidade com a questão da sala de espera e visita domiciliar, que a enfermeira não faz (D7).

A gente estuda para ir para o estágio, só que aí dependendo da preceptora, ela nem deixa você executar da forma que é preconizado, porque demora, porque dá muito mais trabalho, porque ela não costuma fazer daquele jeito; e não é a enfermeiranda que vai fazer agora. A gente tenta recorrer a teoria, mas até numa condição dessa, a gente é meio podada no que você vai aplicar na prática e no que vai ficar só na teoria realmente. E aí, muda muito a experiência de uma pessoa para outra [...] a gente fica muito restrito a experiência e a prática da enfermeira que está nos acompanhando. A prática de uma pessoa pode ser mais rica que a minha, porque a enfermeira dela está mais atualizada, faz uma consulta mais completa e a minha não faz e aí a gente fica muito vulnerável a isso. Agora mesmo, minha enfermeira está de férias, eu estou

com outra que é superdotada nessa questão da saúde da criança e ela faz uma puericultura perfeita e eu vi o que é uma puericultura quando eu fiquei com essa enfermeira. Então, realmente é muito diferente (D8).

[...] eu cheguei na unidade que eu estou, muito insegura e foi muito difícil, eu tive a sorte de ter uma enfermeira muito legal, muito prestativa, que estava disposta a me ensinar realmente [...] (D13).

Alguns relatos sinalizaram uma postura positiva do enfermeiro preceptor, que apoiou na realização de atividades na UBS e no compartilhamento de conhecimento.

O enfermeiro preceptor durante ECS na AB contribuiu para o processo de aprendizagem do estudante, ensinando a realizar consultas de enfermagem e/ou apoiando na realização de atividades ou ações de saúde, pois ao receber estudantes em seu ambiente de trabalho ele passa a desenvolver o papel de educador e, portanto, espera-se que ensine o seu processo de trabalho. O ato de ensinar não deve ser algo imposto, mas um ato coletivo, constituído por trocas entre o preceptor e o estudante, sendo que durante o processo em que se ensina e aprende, existem sempre educadores e educandos. Com isso, percebeu-se que houve o compartilhamento do saber, o que proporcionou maior segurança para aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da graduação (FREIRE, 1979).

Com os relatos, constatou-se a importância do enfermeiro preceptor atuante na AB para o desenvolvimento do processo de aprendizagem do estudante, pois muitos se espelham nele ou em seu modo de fazer para atuar enquanto profissional formado. Salienta-se que a depender da vivência que o discente tenha com aquele determinado preceptor, pode ser um aspecto crucial para a afinidade com a área que escolherá para atuar. Assim, o enfermeiro preceptor pode interferir positiva ou negativamente no desenvolvimento do discente durante o ECS, podendo auxiliá-los a superar as dificuldades, esclarecendo as possíveis dúvidas e ainda a adquirir autonomia e segurança para desempenhar as atividades na UBS (EVANGELISTA; IVO, 2014).

As DCN dos cursos de graduação da área da saúde apontam para a necessidade de supervisionar e acompanhar o estudante nos cenários de prática, explicitando que “não se trata de aprendizado empírico, mas sim, de exposição a uma realidade e processos assistenciais para os quais os futuros profissionais estão sendo preparados” (BRASIL, 2017a, p. 14).

Especificamente em dois relatos (D7 e D8) foram apontadas dificuldades com a preceptoria quando mencionam a não realização de sala de espera e de visita domiciliar e quando ressalta sobre a não permissão para a execução de atividades como preconizadas e aprendidas teoricamente, fazendo o discente se sentir podado ou limitado.

Constatou-se entraves com a preceptoria relativos a não realização de atividades de educação em saúde e assistenciais, percebe-se ainda a ausência de estímulo e apoio ao discente para o desenvolvimento dessas, bem como o bloqueio para a realização de determinadas ações em saúde em que o discente aprendeu na teoria e tinha o desejo de efetivá-las. Esses obstáculos podem, muitas vezes, limitar o aprendizado e as vivências, gerando mais insegurança para atuação futura e no próprio estágio supervisionado.

A relação entre o educador, neste caso o enfermeiro preceptor, e o educando deve ser permeada por diálogo, sendo este a base do processo de ensinar e aprender, propiciando uma relação horizontal entre os envolvidos (FREIRE, 1967). Com a inexistência dessa relação horizontal que deve ser permeada pelo diálogo, passa a existir uma relação antidialógica, culminando em uma prática de dominação, na qual o preceptor desenvolve uma educação “bancária”, ensino que não considera o saber do estudante, limitando e não oportunizando a construção ativa do seu próprio conhecimento (FREIRE, 1994).

Foi enfatizado ainda que a experiência com o preceptor muda de um estudante para outro, pois ficam restritos à prática ou processo de trabalho de um determinado enfermeiro, o que implica em experiências mais ricas que outras. Esse fato é exemplificado pelo depoente D8 quando menciona que a sua preceptora esteve ausente por férias e ele acompanhou outra enfermeira que o ensinou a realizar consulta à criança. O posicionamento desta enfermeira se assemelha a uma relação horizontal e que permitiu a dialogicidade e o aprendizado, proporcionando uma educação libertadora, problematizadora, em que há reflexão, desvelamento, inserção crítica na realidade e troca de saberes, na qual quem educa é educado (FREIRE, 1994).

A diferença entre as duas enfermeiras que atuam na mesma UBS incita a reflexão sobre a formação que tiveram e sobre a forma como os preceptores são escolhidos e se são treinados ou capacitados para receber/acompanhar os discentes nesse momento de ECS. Essa consideração é corroborada por Rigobello et al. (2018), quando apontaram que o enfermeiro assume um papel importante no ECS, sendo a ponte entre a universidade e o serviço de saúde. Para tanto, faz-se necessário que haja uma maior proximidade com a academia, disposição para orientar e ensinar aos discentes e ainda receber treinamento e estar preparado para atender as necessidades dos estudantes. O estudo realizado por Meira e Kurcgant (2016) demonstrou que os enfermeiros preceptores, muitas vezes não desempenhavam o papel de educador, de acompanhar e dar o suporte necessário para um melhor desenvolvimento do discente.

As novas DCN dos cursos de graduação em saúde orientam aos cursos incentivar a participação da equipe multiprofissional, dos serviços que são campos de prática, em programas permanentes de formação e desenvolvimento, para que ao atuar como preceptor esteja capacitado para guiar um processo de ensino-aprendizagem com qualidade de gestão e de atenção à saúde (BRASIL, 2017a).

Salienta-se que o preceptor que se disponibiliza em ensinar ao discente, também ganha nesse processo, pois também está aprendendo, atualizando-se, sendo o discente um manual vivo que possibilita uma coprodução de conhecimentos. Compartilhar a prática realizada por tantos anos, beneficia ao discente por estar aplicando os conhecimentos teóricos em uma determinada realidade, ao passo que possibilita a discussão sobre as atuais formas de fazer do enfermeiro, como pode ser demonstrada na pesquisa de Araújo et al. (2013), realizada em uma UBS no município de Ribeirão Preto-São Paulo, na qual a equipe de saúde da família destacou que a presença de estudantes no serviço proporciona a atualização e a troca de conhecimentos.

Neste sentido, o ensino da prática pelos profissionais do serviço, que são vistos como educadores das práticas, deve ter como base o diálogo, para a construção de um conhecimento participativo e transformador. A relação dialógica entre os profissionais e os estudantes é um ato democrático que estimula a capacidade crítica de pensar do educando, incita a curiosidade (FREIRE, 1992).

Considerando que o ECS se constitui um espaço amplo de aprendizagem e trocas de experiência, ao ser inserido o discente de enfermagem busca conhecer a realidade, o processo de trabalho daquele enfermeiro e espera que sejam compartilhadas as práticas realizadas em seu cotidiano. A expectativa e ansiedade pela vivência do estágio é tamanha, que muitas vezes o discente passa por um Sofrimento Moral (SM), ao se deparar com um preceptor ou equipe de saúde indisponível para compartilhar as práticas, com o impedimento (seja pelos profissionais ou precarização do serviço) na realização de ações de saúde que foram aprendidas na teoria.

O SM é definido por muitos autores como um desequilíbrio psicológico que indivíduos passam a ter ao lidar com entraves ou barreiras que impedem sua ação e escolha de atitudes e comportamentos que julgam moralmente corretos ou eticamente adequados. O indivíduo sabe sua responsabilidade, faz seu julgamento moral, escolhe a ação ou procedimento mais adequado, mas encontra dificuldades para aplicá-lo (JAMETON, 1993; BARLEM, E. et al., 2012; DALMOLIN et al., 2012).

Na AB, as condições estruturais, de materiais e insumos, humanas e gerenciais, podem gerar, no discente, frustrações quanto à dicotomia entre os conhecimentos adquiridos e sua aplicabilidade, fazendo emergir o SM, como observado no estudo de Renno, Brito e Ramos (2015), realizado com estudantes de graduação em enfermagem de duas IES públicas, uma da região sul e outra do sudeste do Brasil, no qual os discentes apontaram que no processo vivencial nesse nível de atenção, houve a vontade de aplicar o aprendizado teórico, de transformar as práticas e fazer dar certo, porém se depararam com a dura realidade, como a falta de material, de estrutura da unidade e de um suporte superior.

Outro aspecto a ser considerado é a articulação entre docente-discente-preceptor, visto que o discente receberá o suporte de um representante da academia e de um do serviço, garantindo assim a integração e aplicação dos conhecimentos (RIGOBELLO et al., 2018). Porém, essa interação deve ser positiva para todos os envolvidos, uma relação de apoio em prol do desenvolvimento do discente, visto que segundo Silva et al. (2009) os preceptores apresentam sentimentos desconfortantes ao receber discentes e docentes em seu serviço quando estes ao invés de contribuir com o seu processo de trabalho, questionam o fazer e o saber desses profissionais.

Nesse sentido, o PPP do curso estudado enfatiza que os enfermeiros dos serviços que são campos de ECS, devem participar diretamente no acompanhamento dos discentes, atendendo, portanto, às DCN/ENF. Foi evidenciado na maioria das falas que a preceptoria contribuiu para o desenvolvimento do processo de aprendizagem dos discentes, porém constatou-se também fragilidades, o que sugere uma adequação quanto a participação desse profissional no acompanhamento do estudante e no desenvolvimento do ECS, considerando a importância do preceptor enquanto educador das práticas no serviço para o aprendizado do estudante, visto que é conhecendo a realidade do serviço que podem refletir e intervir sobre ela, buscando a transformação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo oferece resultados importantes acerca da formação crítica de enfermeiros para atuar no contexto da AB, os quais apresentaram potencialidades e fragilidades relevantes que podem interferir de forma qualitativa na formação para atuar na AB. Como potencialidades destacaram-se, o incentivo ofertado pelo (a) universidade/curso para atuar na AB, incluindo um corpo docente voltado para a saúde pública/coletiva, as oportunidades de vivências curriculares na AB desde os primeiros períodos, aproximando o discente da realidade do serviço, dos profissionais e dos usuários, com disciplinas que abordavam conteúdos teóricos sobre o SUS e a AB, estimulando a conhecer e atuar neste cenário e a prestação de uma assistência holística e empática.

Outras potencialidades foram as iniciativas inovadoras como as atividades de extensão a exemplo do PET-Saúde e equivalentes, que proporcionaram a inserção precoce dos estudantes no contexto da AB com a experiência do trabalho multi e interprofissional e os eventos científicos organizados pelo curso juntamente com os estudantes. Todavia, foi colocado que existe um maior número de atividades práticas de extensão no âmbito hospitalar, o que indica a necessidade de aumentar essa oferta em nível de AB; e por fim o ECS, que foi considerado a experiência mais importante ou potente para a formação com foco na AB.

Foi constatado que o ECS é um componente essencial da formação para a preparação, segurança e a experiência necessária para atuar na AB, sendo uma oportunidade de aproximação do processo de trabalho do enfermeiro. No ECS o estudante atuou individualmente e isso proporcionou uma maior autonomia, podendo se enxergar enquanto enfermeiro, sendo possível identificar a importância e as funções do enfermeiro no contexto da AB, dando-se destaque à liderança desse profissional dentro da equipe de saúde.

Evidenciaram-se percepções contraditórias quanto a preceptoria durante o ECS, nas quais alguns discentes acreditaram que o enfermeiro preceptor contribuiu para o desenvolvimento do aprendizado e outros compreenderam que esse profissional não ofereceu o estímulo e apoio necessário para a realização de atividades dentro e fora da UBS, privando-os de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer da graduação e ainda de obter um maior aprendizado por meio da ação-reflexão-ação.

Apesar das potencialidades apresentadas, a formação apresentou fragilidades e lacunas quanto a preparação pré-estágio dos discentes, ou seja, os argumentos indicaram a pouca ou

nenhuma oferta de práticas na AB nos anos anteriores ao ECS no geral e em algumas disciplinas específicas. As oportunidades eram maiores nos períodos iniciais e o tempo destinado a estas, era reduzido. Evidenciou-se uma pausa nas oportunidades de aprendizagem relativas a AB com o consequente aumento da quantidade de práticas na área hospitalar e ainda, uma grande oferta de conteúdo teórico, que foram entendidas como uma potencialidade, porém se sobressaíram às atividades práticas, gerando um desequilíbrio, o que permitiu perceber que essas fragilidades geraram nos estudantes insegurança para vivenciar o ECS na AB.

Outro déficit identificado foi relacionado a disciplinas eletivas, a não abordagem de políticas públicas de ações afirmativas e multi/interculturalidade, voltadas para populações com necessidades específicas. Ressalta-se a importância da inserção dessas temáticas nos PPP, considerando as novas realidades (sejam sociais, sanitárias, educacionais e comunicacionais), objetivando melhorar o processo de ensino-aprendizagem para um atendimento qualificado durante as atividades práticas na graduação e no exercício profissional, bem como ampliar o acesso para essas pessoas nos serviços de saúde.

Compreendeu-se que a formação ora se configurou com ênfase na AB, ora se apresentou hospitalocêntrica. Alguns aspectos demonstraram uma formação frágil, como a carência de práticas perfazendo toda a graduação. Ressalta-se que é por meio de processos vivenciais que o estudante vai conhecer a realidade dos serviços e as necessidades de saúde da população, para desenvolver a capacidade de refletir, discutir e buscar solução para os problemas encontrados, de processos de trabalho e de saúde, ou seja, a práxis e isso representa uma formação crítica e necessária para atuar no contexto da AB.

Os achados indicaram que o curso de enfermagem necessita (re)discutir a estrutura curricular e refletir sobre uma (re)adequação, objetivando superar as fragilidades pontuadas pelos discentes e principalmente ofertar uma formação que contemple inteiramente as DCN/ENF vigentes e/ou as que estão em processo de aprovação, considerando ainda as recomendações das novas DCN dos cursos de graduação em saúde, as quais recomendam a valorização da carga horária dispensada ao ECS e às atividades práticas e de extensão, que devem estar presentes durante toda a graduação.

Acrescenta-se ainda a importância de se considerar um equilíbrio entre a oferta de oportunidades de aprendizagem no âmbito hospitalar e na AB, pois foi comprovado que ainda persiste nas atividades práticas uma lógica predominantemente hospitalocêntrica, sendo necessária a ênfase na AB por oferecer os diversos benefícios já demonstrados neste estudo e

principalmente considerando que a AB é o alicerce do sistema público brasileiro, sendo o nível de atenção que tem a possibilidade de resolver a maioria dos problemas de saúde da população.

A principal limitação deste estudo, devido ao tempo destinado à realização da pesquisa no mestrado, resultou de não ter contemplado outros cursos de enfermagem de IES públicas e privadas, para compreender as diferentes perspectivas dos estudantes de enfermagem e de outros atores envolvidos na formação do profissional enfermeiro.

Diante da constatação da necessidade de estudos que abordem a formação do enfermeiro para atuar na AB, visto que a maioria dos estudos se limita a dar ênfase ao SUS, esta investigação traz contribuições importantes, sob o olhar do discente, para fomentar discussões em busca de melhorias na formação de enfermeiros e ainda estimular a realização de outras pesquisas que considerem além do olhar dos discentes, de outros atores envolvidos no processo de formação, como docentes, supervisores, de IES públicas e privadas, gestores, usuários e enfermeiros atuantes na AB (preceptores), objetivando conhecer as distintas perspectivas em busca da formação crítica desse profissional considerado como um dos principais membros da equipe de saúde da AB.

Ainda que os resultados tenham surgido de um curso de enfermagem de uma IES pública, inserido em um contexto próprio/particular, que tem as suas especificidades, alguns resultados apontam sugestões de caráter universal que podem servir a formação de enfermeiros em quaisquer contextos. Assim, destacam-se proposições universais: a reavaliação da proposta do ECS com revisão e avaliação contínua e sistemática (gestor do serviço, estudante, preceptor e supervisor), tratando-o como um componente essencial para a formação de enfermeiros e equilibrando a carga horária dispensada ao ambiente hospitalar e a AB; e a reavaliação da oferta das disciplinas na grade curricular para que contemplem os conteúdos referentes a AB e ao contexto hospitalar de forma mais contínua e equiparada.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, G. S. et al. **Formação e Processos Educativos em Saúde**. In: ABBAD GS; PARREIRA CMSF; PINHO DLM; QUEIROZ E. Ensino na Saúde no Brasil - Desafios para a Formação Profissional e Qualificação para o Trabalho. Curitiba: Juruá, 2016. 284 p.
- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set-out. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.
- AGUIAR, Z. N. (org.). **SUS-Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.
- ALMEIDA, M.L.; PERES, A.M. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formandos de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Invest. Educ. Enferm.**, Medellín, COL, v. 30, n. 1, p. 66-76, mar. 2012. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7823/10514>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n. 3, p. 286-98, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, feb. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- ARAÚJO, J. D. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out-dez. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- ARAUJO, P. N. et. al. A visão dos trabalhadores da Atenção Básica acerca da presença de estudantes de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 694-701, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3610/361033326024.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-ABEn NACIONAL. 4ª minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, 2018. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2018/06/4aMinuta.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.
- BARBIANI, R.; DALLA NORA, C.R.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. e2721, 2016. Available from: <<http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/123942/120122>>. Access: 21 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa, Portugal: LDA, 1979.

BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-353, abr-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/20.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 678-85, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n3/21.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BASSANI, G. C.; MORA, J. D.; RIBEIRO, J. P. **O programa de saúde da família como estratégia de atenção primária para o sistema único de saúde**. Lins, São Paulo: 2009.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda dos direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 304 p.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-178, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, Supl. 1, p. 1627-36, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/074.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, **Ministério da Saúde, Ministério da Educação**, Brasília, DF, 2009a. p. 88;

_____. Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 28 jun. 1931. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacaooriginal-83805-pe.html>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Fundação e Serviço de Saúde Pública (MS/FSESP). **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos**. 3.ed. Rio de Janeiro. 1974. 3v.

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 27 fev. 2017.

_____. Lei n. 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 jan. de 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10172.htm>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Lei n. 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 1960. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3750-11-abril-1960-354313-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. Ministério da Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer n. 1.133, de 7 de agosto de 2001c. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2001; Seção 1E. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Resolução n. 569, de 08 de dezembro de 2017a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 fev. 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Brasília, DF: **CONASS**, 2009c. 100 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

_____. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras. **Lex**: coleção de Leis do Brasil, Brasília, v. 6, p. 180, 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html>>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 fev. 2017.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Portal da legislação**, Brasília, DF, 20 dez. 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8.142.htm>. Acesso em: 04 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2010. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família e de Atenção Básica, abr. 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xml>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_no__2_436_de_21_de_setembro_de_2017/295>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial de União**, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução n. 3, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Lei 13.005 de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm>. Acesso em: 26 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

BRITO, M. C. C. et al. Formação do enfermeiro para a atenção básica: um olhar sobre o conhecimento produzido. **SANARE**, Sobral, v.16, n. 2, p. 93-102, jul-dez. 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1183/644>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRITO, F. M. M. **Laboratório de enfermagem**: contribuição para a formação crítica do enfermeiro. 2017. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2017.

BRITO, F. M. M.; ROZENDO, C. A.; SOBRAL, J. P. C. P. O laboratório de enfermagem e a formação crítica do enfermeiro: uma reflexão. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 1, p. 36-40, ago. 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1859>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de Saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010, p. 121-142. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CANEVER, B. P. et al. Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 87-93, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v35n1/pt_1983-1447-rngen-35-01-00087.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

CARVALHO A.C. (Org.). Antecedentes históricos. In: ABEn. **Documentário**. Brasília: ABEN, 1976. p. 3-19.

CARVALHO, A. C. Escola de enfermagem da universidade de São Paulo: resumo histórico 1942-1980. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.14, supl., p. 1-271, ago. 1980. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v14s1/0080-6234-reeusp-14-s1.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CHIARELLA, T. et al. A pedagogia de Paulo Freire e o processo ensino-aprendizagem na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n.3, p. 418-425, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0418.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-166, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 932-937, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a23v62n6.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200–208, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a23v21n1.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 11, p. 4371- 4382, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, supl. 1, p. 89-93, mai. 2011. Disponível em: <revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/91/76>. Acesso em: 19 jun. 2018.

EVANGELISTA, D.L; IVO, O. P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 3, n. 2, p. 123-130, dez. 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/391/340>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

FERNANDES, J.D. **Expansão do Ensino de Enfermagem no Brasil**. 1988. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

_____. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. 1982. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 1982.

_____. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem e Projetos Políticos Pedagógicos.** In: TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNANDES, J. D.; DE SORDI, M. R. L. (org). O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: MEC/INEP, 2006.

FERNANDES, J. D. et al. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. **Esc. Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 82 – 89, jan-mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/12.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

FERREIRA, S. R. S. F.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **Princípios para o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.** In: FERREIRA, S. R. S. F.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 45, n. 5, p.1135-41, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FRANÇA, E. G. et. al. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Cienc. Enferm.**, Concepción, v. 22. n. 3, set. 2016. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00107.pdf>>. Acesso em: 2 de jul. 2018.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 28. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 17. ed. 23 reimpr. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. Disponível em:

<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_do_oprimido.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2018.

_____. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. Disponível em:

<http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/paulofreire/paulo_freire_pedagogia_da_esperanca.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. **Pedagogia dos sonhos possíveis.** Organização e apresentação Ana Maria Araújo Freire. São Paulo. Editora Unesp, 2001.

_____. **Política e educação**. 8a ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FREITAS, M. C. M. C.; NUNES, B. M. V. T. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.3, n.3, p. 39-43, jul-ago-set. 2010. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v3n3/revisao/rev1_v3n3.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet.**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dec. 2010. Available from: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)>. Access: 12 July 2018.

GARCIA, C. P. C.; FAGUNDES, N. C. Estágio curricular na atenção básica: experiências e aprendizados. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 22/v. 23, n. 1, 2, 3, jan-dez. 2009. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4982/3620>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

GARCIA, T. R.; CHIANCA, T.C. M.; MOREIRA, A. S. P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p. 74-81, jan-dez. 1995. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4060/42883>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983. 118 p.

GERMANO, J. W. **Estado Militar e educação no Brasil**. São Paulo, SP: Cortez, 1993.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O sistema único de saúde como desdobramentos das políticas de saúde do século XX. **Rev. Bras. Ciências Sociais.**, São Paulo, SP, v. 21, n. 61, p.177-227, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr-jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

GUIZARDI, F. L. et al. **A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político institucionais na saúde**: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, p.153-77, 2006.

HEIDEMANN, I. B. S. et al. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary care**: na interim report. Washington, DC: The National Academies Press, 1994.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Awhonns Clinical Issues Perinat Womens Health Nurs**, v. 4, n. 4, p. 542-551, 1993. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8220368>>. Access: 28 jun. 2018.

JIMÉNEZ GOMEZ, M. A. Producción investigativa en educación en enfermería en Colombia. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín, v. 28, n. 3, p. 309-322, nov. 2010. Available from: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a02.pdf>>. Access: 19 jun. 2018.

KOEN, V. Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom. **OECD Publishing**, Paris, n. 256, 2000. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1787/207823881077>>. Access: 20 jun. 2018.

KURCGANT, P. Legislação do exercício de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 88-98, 1976. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671976000100088&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2018.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

LIMA, C. A. et al. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). **Rev. Fund. Care Online.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5002-5009, out. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4645>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 19, Supl. 1, p. 779-91, 2015. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0779.pdf>>. Access: 27 jun. 2018.

LIMA, R. S. O papel do ensino superior de enfermagem [Monografia especialização]. Rio de Janeiro. 2004.

LOURENÇÃO, D. C. A.; BENITO, G. A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 91-97, jan-fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MACHADO, M. F. A. S. et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.

12, n. 2, p. 335-342, mar-abr. 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MADRUGA, L. M. S. et al. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 19, Supl. 1, p. 805-16, 2015. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0805.pdf>>. Access: 27 jun. 2018.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MAURER, F. A.; SMITH, C. M. **Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations**. 3. ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A.C.V.; MUNARI, D.B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível:
<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/666/736>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MEDEIROS V. C.; PERES A. M. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 20, n. spe, p. 27-35, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea03.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2018.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 556-61, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a04v21n4.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

_____. Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 16-22, jan-fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0016.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p. Disponível em:
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS: 2015. 193 p. Disponível em:
<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MENDES, I. A. C. et al. A REBEn no contexto da história da enfermagem brasileira: a importância da memória de D^a Gleite de Alcântara. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 3,

p.270-274, jan-fev. 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n3/v55n3a06.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

MENDES, F. R. P. et al. Social Representations of nursing students about hospital assistance and primary health care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 321-328, apr. 2016.

Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0343.pdf>>.

Access: 2018 jun. 28.

MENDONÇA, M. H. M; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, supl. 1, p. S4-S5, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/01.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MENEZES, M. G; SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 45-62, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (IPEP). **Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) 2016**: Relatório Síntese da Área de Enfermagem. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

<http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/relatorio_sintese/2016/enfermagem.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018

_____. Ministério da Educação. “**e-MEC**”. 2016. Disponível em: <

[http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-](http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhamento/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NTc3)

[cadastro/detalhamento/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NTc3](http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhamento/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NTc3)>. Acesso em: 15 set. 2016.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, set. 2011. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MODELLI, L. Sarampo, pólio, difteria e rubéola voltam a ameaçar após erradicação no Brasil. **BBC News Brasil**, São Paulo, jul. 2018. Disponível em:

<<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44706026>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

MONTENEGRO, L.C. **A formação profissional do enfermeiro**: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. O pensamento freireano como superação de desafios do ensino para o SUS. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 255-263, jun. 2012. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2018.

MOURA, A. et al. SENADEn: expressão política da Educação em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. spe, p. 441-453, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2018.

NIES, M. A.; EVEN, M. **Community Health Nursing**. Promoting the Health of Population. St. Louis: Saunders Elsevier; 2007.

OLIVEIRA, D.M. et al. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, p. 421-427, mai-jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0421.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

OLIVEIRA, F. L. B.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. Extensão universitária: contribuições na formação de discentes de Enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 17, n. 1, p. 19-24, jan-mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/12445/8655>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

OLIVEIRA, I. R. S.; BARRETO, I. S.; LIMA, M.G. Os setenta anos da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 441-458, jul-set. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n3/v50n3a11.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Q.**, New York, v. 83, n. 4, p. 731-757, dec. 2005. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690264/pdf/milq0083-0398.pdf>>. Access: 12 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan-mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

PAIVA, M. S. **Enfermagem Brasileira**: contribuição da ABEn. Brasília (DF): ABEn-Nacional; 1999.

PAIXÃO, W. **Páginas de história da enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963. 112p.

PENN, D. et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920. Available from: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Access: 20 jun. 2018.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul-set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a19v36n94.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 331-342, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0331.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PEREIRA, I. D'AVILLA. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, mai-ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a04v11n2.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PEREIRA, P. F. **Homens na enfermagem**: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; WOLFF, L. D. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 3, p. 453-72, nov-fev 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n3/07.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

PERSEGONA, K. R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-650, set., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300027>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem - Brasil**: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, dec. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024>. Acesso em: 12 set. 2017.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Criatividade e relação pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico criativo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 439-442, jul-ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a28v56n4.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

RENNO, H. M. S.; BRITO, M. J. M.; RAMOS, F. R. S. O estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p. 51-55, 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/577/259>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

RESENDE M. C. F. et al. A curricularização das práticas de extensão na PUC Minas. **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 88-103, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/conecte-se/article/view/16748/12735>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

RIGOBELLO, J. L. et al. Estágio Curricular Supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20170298, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0298.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 106-112, mar-abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

ROZENDO, C. A.; SALAS, A. S.; CAMERON, B. Problematizing in nursing education: Freire's contribution to transformative practice. **Nurse Education Today**, v. 51, p. 120-123, apr 2017. Available from: <[https://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(16\)30156-3/fulltext](https://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(16)30156-3/fulltext)>. Access: 12 jul. 2018.

SALEHI, S. et al. Investigating the efficiency of nursing education program from the perspective of graduate students of nursing and midwifery. **Iran J. Nurs. Midwifery Res.**, Isfahan, Irã, v. 17, n. 4, p. 284-9, may-jun. 2012. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702148/>>. Access: 19 jun. 2018.

SANTOS, R. M.; TREZZA, M.C.S.F.; LEITE, J. L. O curso de graduação em enfermagem da UFAL: a história dos seus primeiros 25 anos. In: Anais do 1o Colóquio Latino Americano de História da Enfermagem; 2000 ago 2-5; Rio de Janeiro, Brasil [Trabalhos em CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2000.

SANTOS, R. M.; LIRA, Y. C. M. S.; NASCIMENTO, R. F. **O Navio Hope**: um novo encontro entre a Enfermagem Brasileira e a Norte-Americana. Maceió: Edufal. 2009.

SÃO PAULO. Lei n. 2.121, de 30 de dezembro de 1925. Aprova o decreto n. 3 876, de 11 de julho de 1925, que reorganizou o Serviço Sanitário e repartições dependentes. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, 30 de dez. 1925. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1925/lei-2121-30.12.1925.html>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SCHAEFFER, D. et al. **Community Health Assessment fur Bielefeld-Schildesche**. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. Bielefeld: Universität Bielefeld (IPW); 2008.

SCHOTT, M. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. **REFACS (online)**, Minas Gerais, v. 6, n. 2, abr-jun. 2018.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955513017>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

SCOCUGLIA, A. C. As reflexões curriculares de Paulo Freire. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 6, p. 81-92, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n6/n6a07.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SHOR, I.; FREIRE, P. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SILVA, D. R.; OLIVEIRA, S. C.; SAMPAIO, J. L. F. O processo de territorialização da residência multiprofissional em saúde da família/comunidade Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Geog. de América Central**, Heredia, Costa Rica, v. 2, n. 47 spe, p. 1-17, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2547/2433>>. Acesso em 23 jun. 2018.

SILVA, E. N.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5.506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ Global Health**, v. 2, n. e000242, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717937/pdf/bmjgh-2016-000242.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

SILVA, R. M.; SILVA, I. C. M.; RAVALIA, R. A. Nursing Teaching: reflections about Supervised Curricular Probation. **Rev Praxis**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 37, jan. 2009. Available from: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/37.pdf>>. Access: 2018 Jan 21.

SOUZA, N.V. D. et al. O Egresso de Enfermagem da FENF/UERJ no Mundo do Trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/35.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SPLENDOR, V. L; ROMAN, A. R. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero. **Revista contexto & saúde editora unijuí**, v. 2, n. 4, p. 31-44, jan-jun. 2003.

Disponível em:

<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1268>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

STRECK, D.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (org). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNADES, J. D.; SORDI, M. R. L. **Enfermagem**. In: HADDAD, A. E.; et al. (Org.). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 141-168. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/informacao-da-publicacao/-/asset_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/488631>. Acesso em: 21 jun. 2018.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 66, n. esp, p.102-10, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea14.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

TELLES, M. W. P.; ARCE, V. A. R. Formação e PET-Saúde: experiências de estudantes de fonoaudiologia na Bahia. **Rev. CEFAC**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 695-706, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00695.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Soc. Sci. Med.**, v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986. Available from: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953686902005>>. Access: 26 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL). Escola de Enfermagem e Farmácia. **Projeto Político Pedagógico**, Colegiado do Curso de Enfermagem. 2007, p. 01-74. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/esenfar/graduacao/enfermagem/documentos/ppc-enfermagem.pdf/view>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

VALENÇA, C. N. **Corações e mentes desvendam o Sistema Único de Saúde visões e vivências de estudantes de enfermagem**. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2011.

WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **N. Engl. J. Med.**, v. 301, n. 18, p. 967-974, nov. 1979. Available from: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197911013011804>>. Access: 26 jun. 2018.

WINTERS, J. R. F. **Formação em enfermagem para o sistema único de saúde numa perspectiva crítico e criativa: visão dos formandos**. 2012. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

WINTERS, J. R. F.; DO PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr-jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0248.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

1/3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E).

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **“Formação do enfermeiro para atuar na atenção básica: percepção dos discentes de uma instituição pública”**, que será realizado na Universidade Federal de Alagoas, especificamente na Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR), recebi da Sr.^a Mestranda Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral e da Sr.^a Professora Dra. Célia Alves Rozendo da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas– ESENFAR/UFAL, responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a analisar a percepção dos discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família;
- 2) Que a importância deste estudo está na possibilidade de apontar potencialidades e fragilidades na formação do enfermeiro com a produção de debates, bem como propostas pedagógicas críticas e reflexão para currículos que assegurem um processo ensino-aprendizagem para atuação na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar serão a geração de novos conhecimentos sobre a formação do enfermeiro para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, o estímulo a novas pesquisas nesta temática que possam contribuir para uma formação crítica de enfermeiros e a reflexão e o debate sobre a mudança curricular que forneça o preparo necessário para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família;
- 4) Que este estudo começará em maio de 2017 e se encerrará em agosto de 2018. O início da coleta de dados se dará em setembro com término em outubro de 2017, dependendo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com o cronograma de execução proposto pelos pesquisadores;
- 5) Que eu participarei do estudo respondendo ao instrumento para coleta de dados, este por sua vez se trata de um questionário semiestruturado, com questões abertas. As informações serão obtidas por meio de material de áudio, gravados em aparelho MP4. E poderei não responder a alguma pergunta do roteiro de entrevista caso não queira;
- 6) Que os possíveis riscos que eu terei com esta pesquisa são: a quebra de sigilo e confidencialidade sobre as informações fornecidas, perda de tempo com a participação no estudo, constrangimento por não saber responder algumas ou todas as questões do instrumento de coleta de dados, cansaço e/ou desconforto durante a entrevista e a mudança na rotina acadêmica;
- 7) Que os pesquisadores para minimizar os riscos e prevenir dano eventual imediato ou tardio, adotarão as seguintes medidas: explicação de todos os passos metodológicos, objetivos e importância da participação na pesquisa; permissão concebida pelo TCLE, sendo este em duas vias devidamente assinadas, uma entregue ao participante do estudo e a outra ficando em posse

Carla Rozendo 

dos pesquisadores; privacidade e sigilo na coleta e armazenamento das informações, em que apenas os pesquisadores terão acesso as informações obtidas; destruição das gravações após análise; liberdade de não responder nada que não lhe convenha; interrupção da entrevista em caso de cansaço e/ou desconforto; e por fim, realização da coleta no ambiente de estudo em horários acordados previamente por contato pessoal ou telefônico, permitindo antecipadamente a organização das atividades.

8) Que eu poderei contar com a assistência das pesquisadoras Célia Alves Rozendo e Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral para solucionar qualquer problema relacionado à esta pesquisa;

9) Que terei benefícios com este estudo, uma vez que, com os dados obtidos, poderei oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento sobre a formação do enfermeiro para atuar Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, contribuindo para a sua qualificação e ainda estimular novas pesquisas nesta temática, objetivando o fortalecimento da categoria na busca por uma melhor formação. Estou ciente que esta pesquisa poderá apontar uma proposta de (re)adequação das grades curriculares, ampliando as possibilidades de atuação na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família;

10) Que eu serei informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto à equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

13) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.

Tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica e tendo recebido uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Contato de urgência:

Domicílio (Rua, conjunto): _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Ponto de referência: _____

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Nome: Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, S/N. Cidade Universitária.

Telefone: 98807-4985

Nome: Célia Alves Rozendo

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, S/N. Cidade Universitária.

CARozendo



Telefone:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival de Melo Mota, Cidade Universitária, Maceió

Telefone: (82) 3241-1052

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 82 3214-1041

Maceió, _____ de _____ de 2017.

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal
(rubricar as demais folhas)

Célia Alves Rozendo

Profa. Dra. Célia Alves Rozendo- UFAL
Responsável pelo Estudo/Orientadora
(rubricar as demais folhas)

Janaina Paula Calheiros Pereira Sobral

Janaina Paula Calheiros Pereira Sobral
Enfermeira, Mestranda – UFAL
Responsável pelo Estudo
(rubricar as demais folhas)

Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Pesquisadora responsável: Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral
(nainacalheiros2@gmail.com).

Primeiro momento: apresentação, explicação quanto aos objetivos da pesquisa e oferecimento do TCLE.

Segundo momento: após consentimento iniciar a entrevista (uso do gravador).

A. Dados de Caracterização	
1. Data de preenchimento do questionário: ____/____/____	2. Nome:
3. Idade (em anos completos):	
4. Sexo: (1) M (2) F	5. Situação Conjugal: 1. () Solteiro(a) 2. () Casado(a)/Unido 3. () Divorciado(a) 4. () Outros: _____
6. Local de estágio:	7. Trabalha: () Sim. Onde? _____ () Não
8. Possui outra formação: 1. () Não 2. () Sim. Nível superior _____ Nível técnico _____	
B. Roteiro de Entrevista	
1. Como você percebe a sua formação para atuar Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família? 2. Fale sobre as potencialidades que você encontrou em sua formação para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. 3. Fale sobre as fragilidades que você encontrou em sua formação para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. 4. Na sua opinião, o curso oferece experiências necessárias e significativas para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família? Quais experiências você considera importantes para essa atuação? 5. Você se sente preparado para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família? Por quê?	

Terceiro momento: agradecimentos ao entrevistado pela contribuição à pesquisa.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Autorização da Instituição Pesquisada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR

Maceió, 9 de Março de 2017.

A Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, por meio de seu representante legal, autoriza a realização, nesta Instituição, da pesquisa intitulada **“Formação do enfermeiro para atuar na atenção básica: percepção dos discentes de uma instituição pública”**, desenvolvida por Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a orientação da Profa. Dra. Célia Alves Rozendo. A coleta de dados terá duração máxima de 5 (cinco) meses, a partir da entrega da cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Solicitamos a utilização de uma sala onde as entrevistas possam ocorrer. Nos comprometemos a seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pelo sigilo ético.


Direção ESENFAR/UFAL

Prof. Dr. João Xavier de Araújo Júnior
Diretor ESENFAR/UFAL

Anexo B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Pesquisador: Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65674517.5.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.992.294

Apresentação do Projeto:

É importante conhecer como os profissionais estão sendo preparados para atender as necessidades multidimensionais de saúde/doença da população. Essa compreensão poderá oferecer subsídios para o desenvolvimento de estudos científicos que possam contribuir para mudanças nas práticas educacionais e profissionais. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção dos discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo qualitativo, a ser realizado com discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que estiverem realizando estágio curricular obrigatório em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos discentes de enfermagem sobre a sua formação para atuar na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 1.992.294

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às exigências da resolução 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_876893.pdf	12/03/2017 22:21:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_JANAÍNA_SOBRAL_VERSÃO_ALTERADA.pdf	12/03/2017 22:16:49	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_ALTERADO.pdf	12/03/2017 22:13:53	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	CRITERIOS_PARA_SUSPENDER_OU_ENCERRAR_A_PESQUISA.pdf	09/03/2017 23:07:31	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	09/03/2017 23:06:57	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DA_INSTITUICAO_PESQUISADA.pdf	09/03/2017 23:06:10	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COLETA_DE_DADOS_APOS_APROVACAO_DO_COMITE DE ETICA EM PESQUISA.pdf	09/03/2017 23:03:01	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	DECLARACAO_SOBRE_DESTINACAO_DOS_MATERIAIS_E_OU_DADOS_COLETADOS.pdf	09/03/2017 23:00:06	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	DECLARACAO_SOBRE_CURRICULO_LATTES.pdf	09/03/2017 22:59:01	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Outros	TERMO_DE_PUBLICACAO_DOS_RESULTADOS_DA_PESQUISA.pdf	09/03/2017 22:57:25	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	09/03/2017 22:24:31	Janaína Paula Calheiros Pereira Sobral	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

MACEIO, 30 de Março de 2017

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com